

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 93

SUR
LA LÈPRE
A MARSEILLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ACHILLE PERRIN

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES MATHÉMATIQUES ET PHYSIQUES

Né au Puy-Sainte-Reparate (Bouches-du-Rhône), le 5 août 1865



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-1899. — N° 93

SUR
LA LÈPRE
A MARSEILLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ACHILLE PERRIN

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES MATHÉMATIQUES ET PHYSIQUES

Né au Puy-Sainte-Reparate (Bouches-du-Rhône), le 5 août 1865



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON.	(A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. CONDAMIN, Assesseur ;
MM. COLLET et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

ET DE MA MÈRE

A MON MAÎTRE ET AMI
LE DOCTEUR J. PANTALONI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR le PROFESSEUR PONCET

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous sommes redevable de cette thèse inaugurale à M. le Dr Léon Perrin, chargé du cours de Dermatologie à l'Ecole de Médecine de Marseille. C'est dans sa polyclinique dermato-syphiligraphique, véritable Kaleidoscope des nombreuses maladies à manifestations cutanées que nous avons pu examiner non seulement les dermatoses vulgaires de tous les pays, mais encore des affections plus rares, indigènes et exotiques. Parmi celles-ci, sept cas de lèpre, présentant les diverses formes et variétés de la maladie nous ont paru assez intéressants pour en faire le sujet d'un travail sur la lèpre à Marseille dans les temps anciens et à la période actuelle.

Nous prions M. le Dr Léon Perrin d'accepter l'hommage de ce modeste travail que nous aurions voulu plus digne de lui et de son enseignement.

M. le professeur Boinet a bien voulu nous présenter deux lépreux qu'il a rencontrés dans ses consultations de l'Hôtel-Dieu de Marseille: nous l'en remercions vivement.

Nous ne saurons trop remercier aussi M. le professeur Poncet de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Lyon, le 14 janvier 1899.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES HISTORIQUE

La lèpre est aujourd'hui scientifiquement connue. C'est une maladie parasitaire à évolution lente et paroxystique, causée par la pénétration dans l'organisme d'un agent figuré qui lui appartient en propre. Ce bacille, découvert en 1871 par Hansen, a été coloré en 1879 par Neisser. Privée de cet élément essentiel, la lèpre n'existe pas, et jusqu'ici le bacille de Hansen-Neisser, n'a pas été trouvé en dehors de l'organisme des lépreux (1).

La lèpre est caractérisée par des productions de néoplasies au niveau des téguments cutanés et muqueux, au niveau des nerfs, dans les ganglions lymphatiques, et dans certains viscères. La tuberculose, la syphilis, la morve déterminent souvent des lésions anatomiques analogues à celles de la lèpre, et on peut dire que ce qui permet d'affirmer la nature lépreuse d'un produit néo-

(1) Le bacille de Hansen-Neisser se présente sous la forme de bâtonnet rectiligne à extrémités parfois amincies; il est plus court et plus aminci que le bacille de la tuberculose auquel il ressemble beaucoup. Sa résistance à l'action du temps et des agents atmosphériques est très remarquable.

plasique, c'est la constatation de ses bacilles. On arrive ainsi à envisager la question de la lèpre tout autrement qu'on ne l'avait fait autrefois. En effet, si le mot « *lèpre* » a été gardé par la littérature médicale, il ne faut pas oublier que, sous le nom générique de lèpre, on a décrit, depuis la plus haute antiquité, des affections cutanées, d'origines très diverses. Depuis les livres de Moïse (le Lévitique), qui sont les écrits les plus anciens que l'on connaisse, jusqu'au traité de la lèpre, de Leloir, c'est-à-dire dans l'intervalle de plus de 3,500 ans, que de choses ne lit-on pas au sujet de cette terrible maladie qui a épouvanté tant de peuples et tant de générations ? Est-il possible de saisir quelque chose de précis dans ces œuvres où la précision du langage scientifique fait défaut ? Qu'est-ce que la lèpre de Moïse ? Celle de la Bible ? Celle d'Hippocrate ? pour ne rappeler que les écrits les plus remarquables :

La lèpre de Moïse s'attache à la fois aux cheveux et à la barbe de l'homme, au poil des animaux, elle s'accompagne de croûte. N'est-ce pas la teigne, le favus ? dit Dunbar-Walker.

Parmi les lépreux de la Bible, un des plus célèbres, Naamann, fut guéri par le prophète Elisée au moyen des bains plus ou moins sulfureux du Jourdain ; son domestique, qui avait endossé ses vêtements sans les purifier, contracta la même dermatose que lui. Naamann n'était-il pas un galeux ? dit Hébra (1).

(1) Grégoire de Tours, dans son *Histoire des Francs*, cite un fait analogue : il dit avoir vu un homme du nom de Jean qui,

Hippocrate, le premier, décrit, sous le nom de lèpre (de λεπισ écaille), une affection de la peau caractérisée par des squames et, jusqu'au X^e siècle, tous les auteurs mentionnent la production d'écailles parmi les symptômes de la lèpre. Cette lèpre d'Hippocrate n'est-elle pas le psoriasis ?

Les Latins n'ont-ils pas confondu, sous le nom commun d'éléphantiasis, la lèpre des Grecs bien décrite par Arétée, et l'éléphantiasis des Arabes qui n'est pas du tout une affection d'origine lépreuse.

Certains auteurs du XVI^e siècle n'ont-ils pas considéré les accidents syphilitiques comme une dégénérescence de la lèpre (1) ?

Enfin, tout récemment, Zambaco ne démontrait-il pas, qu'en Orient la lèpre est encore méconnue et confondue avec la syphilis qui y est très commune, et cela même par les médecins chargés de prononcer l'arrêt fatal et sans appel qui consiste à séquestrer les lépreux ?

atteint de la lèpre (?), avait quitté la Gaule et avait séjourné une année entière dans le lieu témoin de la naissance du Christ ; ce malade avait recouvré la santé après s'être baigné assidûment dans le Jourdain.

(1) Les historiens et chroniqueurs des XI^{me} et XII^{me} siècles désignaient souvent le lépreux sous le nom de *mezel*, *mezeau*. Or, le mezeau était un malade couvert d'ulcères, alors que le ladre n'accusait aucune sensibilité.

Les *cagots* de Gascogne étaient peut-être des pellagreaux. Les *cafets* de Guyenne ont les caractères de la lèpre anesthésique. Les *cacoux* ou *caqueux* de Bretagne qui ne pouvaient sortir que revêtus d'un drap rouge et ne pouvaient dépasser le bénitier dans les églises avaient la lèpre mutilante. Les *marrons* de l'Auvergne et des Alpes semblent se rapprocher des caqueux bretons.

On voit que, sur ce livre ouvert qu'est la peau, les observateurs des siècles passés se sont égarés souvent et, dans le chaos des descriptions succinctes que nous connaissons, nous y trouvons la symptomatologie de nombreuses affections distinctes connues aujourd'hui : Favus, Tricophytie, Gale, Psoriasis, Eléphantiasis des Arabes, Impétigo, certains Eczémas et Lupus, certaines affections d'origine nerveuse : Zona, Pemphigus, Ecthyma, Ichthyose, etc., enfin, certaines formes de gangrènes cutanées, ulcères graves, cancers, etc., etc.

La nature de la lèpre ayant donc été de tout temps plus ou moins méconnue, il est impossible de puiser dans le passé des notions bien nettes sur son étiologie et sa pathogénie. Tout ce que nous savons de bien précis consiste, au fond, dans ceci : De par la tradition judaïque, tradition pieusement respectée par les chrétiens, tout individu qui portait une éruption persistante ou défigurante, une affection cutanée chronique quelconque était étiqueté sous la rubrique de lépreux et traité comme tel. Et quel traitement ! Ces malheureux, morts civilement, mis hors la loi, étaient parqués dans les léproseries, véritables nécropoles de vivants, où, non-seulement ils étaient privés de tout soin médical (1), mais encore de tout soin hygiénique élémentaire : ils ne pouvaient même pas se laver les mains, parce qu'ils auraient contaminé l'eau. Ils se seraient, d'ailleurs,

(1) De nos jours, en Orient, le médecin ne doit pas ses soins aux lépreux.

bien gardé de le faire, car ils considéraient les lavages comme nuisibles ! (1)

En présence de ces notions sur la lèpre, de cette prophylaxie, et de cette thérapeutique, n'est-il pas naturel de croire que, dans les léproseries qui pullulaient en Europe au Moyen-Age (2), toutes les dermatoses provoquées ou entretenues par la malpropreté s'y étaient donné rendez-vous ? Nous savons, qu'avec les croisades, les maladies décrites sous le nom de lèpres se réveillèrent avec une fureur inouïe en Occident, mais où trouve-t-on un soldat plus dégoutant par sa saleté corporelle que le croisé ? Nous savons que les Juifs et les Chrétiens ont été décimés de tout temps par ce terrible fléau, mais ces peuples n'ont-ils pas toujours eu le record de la malpropreté ?

De nos jours encore, dit Zambaco, en Orient, la lèpre et les affections cutanées invétérées ne sont guère que l'apanage du Juif et du Chrétien. Les vrais pratiquants de la religion de Mahomet les connaissent peu, car le Coran est inflexible : les Musulmans

(1) La lèpre était considérée au Moyen-Age comme *l'enfer sur la terre* et le lépreux *était mis hors de siècle* avec grande cérémonie religieuse. Dans certains endroits ils ne pouvaient sortir sans une clique ou cliquette et, faisant bande à part, ils étaient désignés sous le nom de *clique*.

(2) Au XIII^{me} siècle, sur les 19.000 lépreux de la chrétienté, la France en possédait 2.000. Au XIV^{me} siècle, dit Mézeray, Philippe V le Long ayant attribué aux ladres l'horrible dessein d'empoisonner toutes les eaux du royaume, confisqua tous les biens des maladreries, qui étaient considérables et qui provenaient d'aumônes.

ne peuvent prier si leur corps est malpropre. Moïse a donné à ses fidèles plus de latitude : il leur prescrit un bain au moins une fois par an. Quant aux Chrétiens, eux, ils ne sont astreints à aucun soin de propreté corporelle, au contraire, leur prière est d'autant plus exaucée qu'elle part d'un corps plus sale et plus misérable.

Il n'y a rien d'étonnant que, dans les léproseries de ces pouilleux à Jérusalem, à Samos, en Grèce, dans les Cyclades, etc., on trouve, à côté de vrais lépreux, des individus que le bacille de Hansen n'a jamais ravagés.

DES FORMES DE LA LÈPRE

Leloir, dont l'opinion fait autorité en la matière, décrit trois formes de lèpre.

1^o *La lèpre systématisée tégumentaire* (forme tuberculeuse, léonine) dans laquelle la peau et les muqueuses sont envahies ainsi que les vaisseaux et les ganglions lymphatiques correspondants.

2^o *La lèpre systématisée nerveuse* (forme anesthésique, trophoneurotique) dans laquelle les nerfs sont envahis par les néoplasies lépreuses (lépromes).

3^o *La lèpre mixte*, combinaison des deux formes précédentes chez le même individu, et dont l'existence suffit, à elle seule, pour montrer l'unité de la lèpre.

Ces trois formes présentent tant de variétés éruptives, de phases dans l'évolution, que l'on conçoit très bien que tant d'auteurs nous aient donné de la lèpre des descriptions si confuses, et qu'aujourd'hui encore, elle reste méconnue par les médecins les plus instruits et qui exercent même dans ses divers foyers. Elle n'attire quelquefois l'attention que lors-

que, par ses manifestations, ses exsudats, ses mutilations et ses ravages, elle impressionne et répugne. Ondoyante et variée à l'infini dans ses formes, ses variétés; encombrée dans sa symptomatologie de phénomènes mobiles contradictoires, la lèpre défie toute tentative de description didactique.

Disons, enfin, que ses lésions simulent parfois la syphilis, la scrofulo-tuberculose, quelques pachydermies, diverses trophonévroses, la sclérodermie dactylée, etc., et nous aurons, ainsi, donné une idée exacte des difficultés vraiment insurmontables en présence desquelles peuvent se trouver les praticiens qui ne sont pas rompus aux difficultés de la dermato-syphiligraphie.

LES PAYS A LÈPRE

Il n'y a pas, à proprement parler, de pays à lèpre, car le principe de la lèpre n'est pas un produit du sol, il ne reste pas attaché à celui-ci comme le miasme paludéen, il suit les individus qui en sont atteints et s'implante avec eux dans les localités indemnes. Ce sont les mouvement des peuples qui règlent la marche de la lèpre; d'Asie en Egypte, d'Egypte en Grèce, en Italie, en Europe, d'Europe en Amérique, on en suit les étapes sur la carte du monde. Nul être humain n'est à l'abri de la lèpre; aucun pays n'y est réfractaire, mais, fait capital, les conditions de l'individu, du pays, de l'hygiène interviennent dans les vicissitudes de la maladie, dit Besnier. De nos jours, elle est encore à l'état endémique, en Asie Mineure, en Syrie, en Palestine, sur le littoral de la mer des Indes et de la mer de Chine, sur le littoral africain, dans les îles de l'Archipel australien, dans certaines contrées des Amériques et, enfin, en Norvège et en Islande. L'endémicité paraît être une cause puissante dans le développement de la lèpre comme elle l'est pour certaines autres

affections. En effet, dans la topographie des maladies humaines, chaque pays paraît avoir sa pathologie spéciale, de même qu'il a sa flore et sa faune. Et, bien que le principe de ces affections ne soit que rarement un produit tellurique, l'influence du milieu sur leur évolution est incontestable.

Dans ces dernières années, on a signalé une nouvelle recrudescence de la lèpre, sa survivance dans les pays où elle sévissait anciennement et sa présence dans les pays autrefois indemnes ont été établies par des observations irrécusables (1). Faut-il voir là-dedans une réelle diffusion des lépreux qui s'expatrient plus facilement aujourd'hui qu'autrefois, suivant, en cela, l'exemple des gens bien portants, ou bien, faut-il conclure que certains médecins, plus instruits, diagnostiquent actuellement la lèpre dans les endroits où elle était tout-à-fait méconnue ou confondue avec les maladies à manifestations similaires. On peut admettre ces deux hypothèses.

Quoiqu'il en soit, en moins d'une année, nous avons pu voir à Marseille, neuf cas de lèpre bien caractérisés. Combien y en a-t-il qui se cachent autour de nous et que nous ne connaissons pas ?

(1) Dans ces derniers temps la lèpre a été l'objet de discussions passionnées, tant au sein de l'Académie de Médecine que dans les divers congrès (Vienne 1894; Berlin 1897).

LA LÈPRE A MARSEILLE ET DANS SES ENVIRONS

Nous n'avons trouvé aucun renseignement, aucun écrit pouvant nous instruire sur les diverses phases qu'a subies l'évolution de cette maladie dans la ville de Marseille. Il est avéré, pourtant, que, depuis les temps préhistoriques, celle-ci a eu de nombreux lépreux. Elle a été contaminée par les Phéniciens et les Phocéens au même titre que les autres colonies fondées en Ligurie et dans le bassin méditerranéen. Les Phéniciens ont précédé les Phocéens, et l'on sait que, sur la fameuse inscription phénicienne découverte à Marseille en 1845, et déposée au Musée Borelli, figure le mot « lèpre ». On lit, en effet, à l'article 16 de cette inscription : « Tout lépreux et toute personne qui implorera les dieux, et la totalité des hommes qui sacrifient. » (1).

Il est établi par les archives de la ville de Marseille

(1) C'est M. Cazalis de Fondouce, président de la Société d'Archéologie de Montpellier, qui a communiqué cette traduction à Zambaco (Zambaco : *La lèpre dans le midi de la France*).

qu'au XIII^e siècle, une léproserie placée sous la protection de St-Lazare fut fondée sur le grand chemin d'Aix. Cette léproserie fut incorporée à l'Hôtel-Dieu en 1696 (1).

Il y avait aussi une ladrerie à Auriol, village à 25 kilom. de Marseille, et à Vitrolles qui est à 24 kilom. Mais aucun détail, par rapport aux symptômes que présentaient les « ladres », ne nous est révélé.

En 1776, dans son premier mémoire adressé à la Société Royale de Médecine, le Dr Vidal, de Martigues, raconte que, sur les conseils de Sauvages, de Montpellier, il tâcha de découvrir quelques monuments relatifs à la lèpre dans les archives de Martigues, mais qu'il n'y trouva que des rapports faits par les médecins chargés de visiter la maison où l'on soupçonnait qu'il y avait des lépreux. Ces médecins étaient, bien entendu, étrangers au pays ; ils désignaient les malades qu'on devait séquestrer à l'hôpital St-Lazare, mais ne décrivaient aucun symptôme de la maladie.

Les lépreux que Vidal vit lui-même aux Martigues étaient pour la plupart des matelots ou des membres des familles de pêcheurs qui comptaient des lépreux dans leurs ascendants. Ces lépreux avaient des ulcères, des tubercules, des mutilations.

En 1782, dans son deuxième mémoire, Vidal signale

(1) Actuellement l'école communale est bâtie sur l'emplacement de cette léproserie. Le quartier porte toujours le nom de Saint-Lazare, le patron des lépreux.

chez quelques sujets des croûtes et des écailles hideuses qui dégénèrent en ulcères phagédéniques et se terminent en un cancer universel. Il propose d'appeler cette lèpre écailleuse « la lèpre des Grecs », et de dénommer Éléphantiasis des Arabes, « la lèpre tuberculeuse ». Cette maladie paraît être circonscrite, dit-il, dans le cercle étroit d'un petit nombre de familles de pêcheurs qui croupissent dans la misère et la malpropreté.

À titre de curiosité, nous dirons que pour le peuple de Martigues, il y a deux causes de la maladie : les frayeurs et.... la bouillabaisse. Nous ne croyons pas que beaucoup de Provençaux se doutent aujourd'hui que leur plat favori a pu être incriminé dans la pathogénie de la lèpre ! Rien n'est plus vrai, pourtant ; écoutez Vidal : « Le ragoût ordinaire des habitants de Martigues, dit-il, est le même qu'anciennement, on l'appelait « *Bouille-abaisse* » parce qu'il n'est question que de faire bouillir le poisson fort vite pendant un quart-d'heure avec du sel, du poivre, de l'huile et du persil ; pour que ce ragoût soit bon, il faut que le poisson soit très *frais* ». Or, d'après les croyances populaires, l'usage du poisson frais est nuisible (1).

Quant à la peur, son pouvoir de causer la lèpre avait

(1) Chose curieuse, dans les Cyclades, en Grèce et dans tout l'Orient en général, c'est au contraire le poisson salé et altéré qui est incriminé ; de même le tarana, mélange d'œufs plus ou moins pourris de divers poissons (genre de caviar que l'on mange arrosé d'alcool de Trieste, alcool infect et nauséabond qui ne coûte pas plus de trente centimes le litre.

passé en proverbe à Martigues. « Il y a de quoi devenir ladre », disait-on en parlant de quelque grand danger ou d'une frayeur subite.

A ces causes populaires, Raymond ajoute l'atmosphère humide, les eaux stagnantes, la nourriture aqueuse et putride, mais Vidal les met en doute parce que, dit-il, le village voisin de Fos, situé en plein marais salant, y serait mieux disposé; or, il n'y a pas de lèpre à Fos où la fièvre intermittente règne avec violence, tandis qu'il y en a à Vitrolles qui est sur le penchant d'une colline élevée.

Toutes ces hypothèses ne peuvent guère être admises aujourd'hui que nous connaissons bien la nature et l'évolution de la lèpre, et nous serions plutôt portés à croire que les pêcheurs de Martigues avaient ramené avec eux, de leurs pérégrinations lointaines sur les côtes méditerranéennes, des lépreux. En effet, il y a deux siècles environ, les pêcheurs de Martigues, ville qui comptait alors près de 20 mille habitants et qui est réduite aujourd'hui à 8 mille, étaient presque les seuls à bien pratiquer la pêche « à la Tartane ». Ils allaient exercer leur talent sans concurrence sur les côtes d'Italie et d'Espagne. Il est probable, qu'avec leurs « poissons de tartane », ils amenèrent aussi des lépreux qui firent souche.

Dans la statistique du département des Bouches-du-Rhône, on lit que, selon Valentin, la lèpre existait à Vitrolles (1), village voisin de l'étang de Marti-

(1) Actuellement on désigne encore en Provence ce village sous le nom de *lou país dei ladri*, le pays des lépreux.

gues, de temps immémorial, et pourtant, personne avant lui n'en eut cure. Ce médecin y constate trois lépreux tuberculeux (éléphantiasis des Grecs) et trois lépreux squameux. Un de ces lépreux figure dans l'atlas d'Alibert. L'un de ces lépreux, la femme d'un boucher, perdait les phalanges des doigts et des orteils, sans souffrance. Une autre lépreuse avait des tumeurs grosses comme des olives à la face et aux extrémités, dont plusieurs ulcérées. En dehors de ces six lépreux avancés et qui s'appelaient Gueidon, Goiran, Farin, Aimard, Sol, Guhleïn, il y en avait de légèrement atteints qui ne voulurent pas se laisser examiner.

Valentin a aussi rencontré quelques lépreux dans les communes du bord de l'étang de Berre, dans la vallée de l'Huveaune, et deux près de Marseille.

Depuis Valentin, personne n'avait plus parlé, ici, de la lèpre, pas plus, d'ailleurs, que dans le reste de la France. Mais voici que Zambaco-Pacha, à propos de recherches faites en Bretagne, souleva la question de la persistance de la lèpre en France, à l'Académie de Médecine en 1888 et 1892. Le célèbre lèprologue, continuant son enquête scientifique par le midi de la France, visita Marseille en 1893. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici ce qu'a écrit Zambaco à propos de Marseille (1). « Il y a encore des lépreux à Marseille, à l'insu de confrères qui occupent des positions marquantes et qui

(1) La lèpre dans le Midi de la France en 1893, communication faite à l'Académie de Médecine, le 9 mai 1893, par le Dr Zambaco-Pacha.

« nous ont soutenu qu'il n'y en avait point et, qui
« plus est, qu'ils n'ont jamais vu de leur vie un seul
« lèpreux. Ces assertions sont d'autant plus surpre-
« nantes, qu'il y a, à l'heure qu'il est, un lèpreux
« léonin criard qui crie des journaux, chaque jour et
« continuellement depuis plus d'un an, à la Canne-
« bière, le boulevard des Italiens de Marseille. Or, en
« laissant de côté les finesses de diagnostic des cas
« atténués ou frustes, la lèpre vulgaire circule dans
« les rues de Marseille à l'insu des confrères. Après
« cela, pouvions-nous espérer d'obtenir des informa-
« tions instructives sur les reliquats — qu'on nous
« passe le mot — sur les métamorphoses de la lèpre !
« Heureusement que nous avons eu la bonne chance
« de nous accointer avec le Dr Perrin, ancien interne
« de St-Louis, et le Dr Boinet, agrégé, qui a observé
« la lèpre au Tonkin.

« En 1890, au Congrès de Limoges, le Dr Arnaud,
« médecin des hôpitaux de Marseille, fit une com-
« munication sur le diagnostic de la syringomyélie,
« en se fondant sur la dissociation des modes de la
« sensibilité. Il la fusionne avec le mal de Morvan ;
« un des malades qui font la base de ce mémoire vit
« toujours à l'hôpital Ste-Marguerite ; c'est un
« lèpreux de Danielsen, dit « anesthétique », s'il en
« fût jamais. Voici ses photographies. C'est un
« nommé Jean-Baptiste, né en Corse (1), au village
« de Giuncaggio, d'où il n'est sorti que pour entrer à

(1) Dans l'île de Sardaigne (de Sardannes), il y eut une colonie phénicienne. L'île de Corse, sa voisine, eut certainement la visite de ces sémites et les Grecs s'y établirent plus tard.

« l'hôpital. La face est asymétrique ; la commissure
« gauche est plus rapprochée du bord correspon-
« dant de la langue ; les orbiculaires palpébraux
« atrophiés ne parviennent pas à couvrir les globes
« oculaires pendant le sommeil. Epiphora. Très
« émacié et très frileux, il a les mains bleues habi-
« tuellement ; engelures fréquentes ; griffe spéciale
« des annulaires et des auriculaires, rétractés dans
« la paume de la main. La phalange unguéale du
« pouce fait angle avec la métacarpienne ; des mains
« squelettiques, décharnées par l'atrophie des mus-
« cles ; dissociation de la sensibilité aux mains et
« aux avant-bras ; tact conservé mais analgésie et
« thermanesthésie ; légère incurvation de la colonne
« vertébrale à convexité droite. Anesthésie moins
« complète aux membres pelviens. Pigmentation
« blonde, lenticulaire, confluyente seulement aux
« fesses dont la sensibilité est émoussée aussi ;
« nerfs cubitaux très gonflés aux coudes, le droit
« surtout, qui présente deux nodosités grosses
« comme des pois, un peu au-dessus de l'épitrachlée.
« On voit que rien ne manque au tableau le plus
« complet de la lèpre nerveuse qui n'a pas été soup-
« çonnée par notre honorable confrère ».

Le second malade qui figure dans le mémoire du Dr Arnaud n'est pas moins lépreux. « Agé de
« trente-six ans, il commença par avoir un mal
« perforant en 1883 ; puis le cinquième orteil se
« déforme ; atrophie des muscles de la région plan-
« taire et flexion permanente des orteils ; plus tard,
« atrophie des muscles des régions thénar et hypo-

« thénar; griffes cubitales; anesthésie dans ses
« trois modes ; phlyctènes à tous les orteils succes-
« sivement, avec mortification superficielle; perte
« de la phalangine du gros orteil gauche; plus tard,
« anesthésie bilatérale du pied et de la jambe. Au
« tronc, une seule plaque anesthésique, au creux
« épigastrique. L'auteur en fait un mal de Morvan,
« variété clinique, dit-il, de la syringomyélie. Si ce
« tableau ne se rapporte pas à la lèpre, celle-ci n'a
« jamais existé, nulle part. Cet individu est mort il
« y a peu de temps; mais son autopsie n'a pas été
« faite ; or, les deux malades observés par
« M. Arnaud étaient lépreux, bien que désignés
« sous le titre de syringomyéliques. Mais en voici
« deux autres que nous avons découverts avec
« notre distingué confrère le Dr Boy-Tessier, chef
« actuel de l'ancien service du Dr Arnaud. Je com-
« mencerai par vous soumettre, Messieurs, les pho-
« tographies que mon aimable confrère m'a fait
« obtenir : Bosserin est Marseillais et ancien marin;
« mais il n'a été qu'à Toulon, à Naples et en Algé-
« rie; il n'a jamais été dans une localité lépreuse,
« il n'a jamais connu quelqu'un présentant la même
« maladie que lui ou une éruption cutanée quel-
« conque. Le Dr Boy-Tessier connaît ce malade
« depuis son internat. Il a toujours été traité comme
« atteint de maux perforants et, en effet, il en porte
« depuis dix-sept ans sans qu'ils se soient jamais
« cicatrisés. Mais il y a vingt-ans qu'il a perdu un
« orteil, sans douleur, et à la suite d'un processus
« très lent.

« Lors de notre examen avec mon honorable
 « confrère, le 13 mars 1893, le malade est dans
 « l'état suivant. Pied droit : le gros orteil, seul,
 « conserve sa direction normale ; tous les orteils
 « sont déviés et chevauchent ; le deuxième est
 « réduit au tiers de son volume et de sa longueur
 « par résorption des phalanges ; il en est de même
 « du troisième. Le quatrième n'est constitué que
 « par un petit moignon. Il n'y a point eu d'élimi-
 « nation d'os. Ongles déformés, épaissis. Celui du
 « deuxième orteil, long de 4 cent. et de ni, épais, à
 « surface rugueuse, transversalement recourbé, et
 « d'aspect de corne de chèvre, est couché sur le
 « gros orteil ; il jure avec le petit bout d'orteil sur
 « lequel il est implanté. Large mal perforant au
 « niveau des têtes du quatrième et du cinquième
 « métatarsien. A gauche, le quatrième et le cin-
 « quième orteil manquent, les premier, deuxième
 « et troisième sont réduits à des moignons de
 « 4 centimètre chacun. De ce côté, il y a eu dacty-
 « lite et élimination des os, d'une manière lente et
 « non douloureuse. Tous les ongles sont conservés
 « mais affreusement déformés ; mal perforant sous
 « la tête du premier métatarsien, un autre sous
 « celle du cinquième. La peau du tiers inférieur des
 « jambes jure à côté de celle qui est située au-
 « dessus. Elle est mince, atrophiée, sans doublure
 « grasseuse. Sensibilité très diminuée. Trois cic-
 « trices sur le genou droit et deux à gauche. Il y a
 « eu des ulcérations lentes (pemphigus). On n'a
 « qu'à voir les pieds de ce malade ou leur photo-

« graphie pour le diagnostic de la lèpre : le doute
« n'est point permis.

« Enfin, dans le même hôpital, à Ste-Marguerite,
« nous avons découvert — toujours avec le Dr Boy-
« Tessier — un autre malade, J. Ansigny, atteint de
« la forme nerveuse de la lèpre, mais moins avancée
« que chez le Corse dont j'ai l'honneur de vous pré-
« senter les photographies. C'est un enfant trouvé
« de Marseille, âgé de quarante-six ans et cuisinier;
« il est à l'asile depuis 15 ans; il résiste fort peu au
« travail. Très frileux, il éprouve des douleurs fré-
« quentes dans les membres; diminution de la sen-
« sibilité dans tous ses modes aux membres thora-
« ciques, surtout à droite. Nerfs cubitaux gros,
« surtout le gauche qui porte un nodule comme un
« haricot, au-dessus du coude. Troubles vaso-
« moteurs presque permanents, tête et mains presque
« toujours couvertes de sueurs; point de pigmenta-
« tion; sensibilités tactile, thermique et algésique
« émoussées sur les membres pelviens, mais plus à
« gauche qu'à droite. Griffes très accusées des deux
« derniers doigts. Saillie des tendons des fléchis-
« seurs. Atrophie des muscles des régions thénar
« et hypothénar, surtout à gauche. Pas de pigmen-
« tation ni d'incurvation vertébrale.

« Le lépreux léonin ambulant nous a été signalé par
« le Dr Perrin. Notre distingué confrère en a fait le
« sujet d'une communication à la Société Médicale
« de Marseille. Ce qu'il y a à remarquer chez ce
« jeune homme de seize ans, c'est qu'il est né à Rio-
« de-Janeiro, de parents français qui sont restés

« sains et saufs. Ce n'est qu'un an après leur rapa-
 « triement, que les premières manifestations de la
 « lèpre se sont montrées chez leur enfant. La
 « maladie a évolué depuis, et a atteint en ce
 « moment un degré très avancé. Désirant me rendre
 « à Vitrolles, mon honorable confrère, le Dr Vigne-
 « ron, ancien interne des hôpitaux de Paris, m'a
 « mis en rapport avec un conseiller municipal,
 « M. Segnorelo, qui y a habité pendant plus de
 « quinze ans. Il y a encore des lépreux à Vitrolles,
 « nous dit-il, et le peuple les appelle des ladres. Il
 « en a vu aux doigts tombés, à la face tuméfiée,
 « hideuse, d'autres portant des ulcères. Ajour-
 « d'hui, il y en a encore, mais bien moins et ils se
 « cachent toujours. Cependant le peuple évite leurs
 « familles. Ce qui est curieux, c'est qu'il nous cite
 « les noms des familles lépreuses qu'il a connues à
 « Vitrolles, et j'y retrouve quelques-unes de celles
 « nommées par le Dr Valentin dans ses mémoires
 « publiées en 1820 et en 1830, savoir les " Gueidon ",
 « " Goiran ", et " Farin ".

« Dans l'espoir de trouver des traces de la lèpre,
 « nous nous sommes rendus à Vitrolles avec nos
 « honorables confrères les docteurs Boinet, Perrin
 « et Reboul. Mais il n'y a pas de médecin dans ce
 « village. Un habitant nous désigna bien, de loin,
 « quelques personnes appartenant à des familles de
 « lépreux, mais il nous a été impossible de les exa-
 « miner. Le maire, tout en reconnaissant la réputa-
 « tion de son village, nie que la lèpre y survive
 « encore. Il nous assure qu'il y en a à Rognac, à

« Marignanne et à Martigues, localités situées autour
 « du lac de Berre. Le Dr Boinet, agrégé, professeur
 « à Marseille, qui a publié un mémoire très intéres-
 « sant sur la lèpre du Tonkin, s'est chargé de faire
 « des recherches sur les rivages des lacs salins voi-
 « sins de Marseille. »

Telle est la relation des faits que Zambaco a notés à Marseille avec le talent d'observation qui place si haut sa personnalité clinique. Nous croyons qu'il a raison d'affirmer qu'ici, comme dans maints endroits d'ailleurs, des lépreux ont pu évoluer à l'insu de la clinique médicale. A l'appui de cette opinion, nous pouvons invoquer, nous-même, le fait suivant que nous avons recueilli dans nos recherches bibliographiques : en 1885, Leloir qui explorait le littoral méditerranéen, trouva à l'hôpital San-Mauriccio et Lazzaro, de San-Remo, un cas de lèpre tuberculeuse chez la femme Borgogne Giovanna. Cette femme, âgée de 33 ans, avait habité Marseille pendant 6 ans (de 1873 à 1879) et c'est là que le début de sa lèpre avait eu lieu, à l'âge de 24 ans. Elle était entrée à l'hôpital où, sans doute, on la crut atteinte de syphilis, car on lui donna, dit-elle, des pilules et de l'iodure de potassium (1).

Depuis le passage de Zambaco-Pacha, M. le Dr Perrin a observé *onze cas de lèpre* qui se répartissent ainsi : un homme d'une quarantaine d'années, venant de Rio-de-Janeiro, lépreux léonin. Une jeune fille de 21 ans, originaire de Bourbon, atteinte de

(1) Leloir. — *Traité de la lèpre*.

lèpre tuberculeuse. Un homme âgé de 55 ans, venant du Mexique, présentant la forme mutilante. Enfin, l'an dernier, une religieuse arrivant de Moultmein (Indo-Chine) où elle était restée 22 ans en contact avec des lépreux auxquels elle donnait ses soins; elle avait fini par contracter la maladie depuis 15 à 18 mois; elle présentait la variété tuberculeuse. M. le Dr Perrin l'a adressée à l'hôpital Saint-Louis où elle est soignée dans le service de M. Hallopeau. A ces cinq cas de lèpre, nous allons décrire ici les six cas qui se sont présentés à la polyclinique de M. le Dr L. Perrin depuis le mois d'avril 1898 (1). Aux observations résumées de ces malades nous joindrons la photographie de cinq d'entre eux; le sixième n'a pas voulu être photographié. Nous décrirons, aussi, l'observation du lépreux léonin qui avait été présenté par M. le Dr Perrin au Comité médical des Bouches-du-Rhône, en 1892, car c'est un type classique de lèpre tuberculeuse. Enfin, nous transcrivons les deux observations que M. le Dr Boinet a bien voulu nous communiquer, en y joignant la photographie de l'un des malades.

Ces neuf lépreux, comme on va le voir, présentent les diverses formes de la maladie : quatre cas de lèpre tuberculeuse, un de lèpre tuberculeuse et maculeuse, trois cas de lèpre systématisée nerveuse dont un avec mutilations, enfin un cas datant d'un

(1) Ces malades ont été présentés au Comité médical des Bouches-du Rhône dans les séances du 17 juin et du 1^{er} juillet 1898.

añ, à la période germinative pour ainsi dire, lèpre érythémateuse et maculeuse. Voici ces neuf observations.

OBSERVATION I (1)

LÈPRE TÉGUMENTAIRE TUBERCULEUSE

N. . . , âgé de 15 ans, est né à Rio-de-Janeiro. Les parents sont d'origine française, le père est né à Rouen, la mère à Nantes. Mariés en 1874, ils ont habité Rio-de-Janeiro jusqu'en 1884. Ils ont eu six enfants, tous ont été allaités par la mère, trois sont vivants, l'un est âgé de 17 ans et bien portant, le second a 15 ans, c'est celui qui fait l'objet de cette observation, le troisième a 11 ans, c'est un petit rachitique, atteint de péritonite tuberculeuse avec ascite. Les trois qui sont morts ont succombé à des manifestations tuberculeuses, l'un de méningite, les deux autres de phthisie pulmonaire. Le père est mort à 48 ans à l'Hôtel-Dieu de Marseille ; il était tuberculeux et est mort à la suite de phthisie laryngée, pour laquelle on lui a pratiqué la trachéotomie. La mère a toujours joui d'une bonne santé ; elle s'est remariée, elle a un enfant de 3 mois qu'elle allaite et qui est bien portant. Jusqu'en 1885, ce jeune homme n'a pas été malade. Rentré en France avec ses parents en 1884, c'est un an après qu'il a eu, d'après ce qu'a raconté sa mère, en même temps que de la fièvre, de la courbature, une éruption de taches rouges désséminées sur tout le corps et ressemblant à la rougeole ; puis, quelque temps après, des bulles assez volumineuses sur le genou gauche ; on voit les cicatrices blanches allongées, consécutives à ces manifestations cutanées au-dessus de la rotule, à son niveau, et au-dessous d'elle.

De 1885 à 1888, au moment où il entre à la Conception, le malade aurait eu plusieurs mouvements fébriles irréguliers, en même temps que des éruptions de taches rouges généralisées à tout le corps, mais prédominant surtout à la face et sur les membres.

(1) Communiqué par M. le Dr Perrin au Comité médical des Bouches-du-Rhône en 1892.

Pendant les deux années que le malade a passées à l'hôpital, j'ai pu, avec M. le professeur Fallot, observer un grand nombre de ces poussées aiguës ; elles survenaient sans cause, s'accompagnaient de malaises, de fièvre, d'anorexie, de douleurs articulaires, le thermomètre s'élevant jusqu'à 39°. La fièvre était remittente, c'était une sorte d'état typhoïde. Ces poussées duraient de 8 à 10 jours et étaient séparées par des périodes de rémission, des intervalles d'accalmies, de un à trois mois.

Chaque exacerbation fébrile était manifestement en rapport avec une éruption généralisée de taches et de tubercules présentant les caractères suivants :

Les taches à contour net, d'abord d'un rouge pâle, puis d'un rouge foncé, prenaient ensuite des teintes fauves, brunâtres. Les tubercules étaient des espèces de nodosités arrondies ou demi-hémisphériques, d'une grosseur variant de celle d'un grain de chénevis à celle d'un pois, formant un relief très marqué sur la face de la peau. Au moment de leur apparition, leur coloration était rose pâle et devenait, plus tard, d'un rouge brunâtre ; elles étaient dures au toucher.

L'éruption siégeait dans le cuir chevelu, mais surtout à la face, au front, aux sourcils, sur les paupières qui étaient bosselées, sur le nez, sur les narines, les ailes, les lèvres, les joues, le menton, les pavillons des oreilles. Au moment de plusieurs poussées, des nodosités rougeâtres nombreuses ont été constatées sur le voile du palais et la luette.

Sur les membres supérieurs (bras, avant-bras et mains), sur les membres inférieurs, au niveau des fesses, des cuisses, des jambes et des pieds, les tubercules étaient groupés en masses symétriques au pourtour des articulations.

L'évolution de tous ces tubercules a pu être observée avec soin par M. Fallot et moi ; la plupart tendaient à la régression spontanée ; leur teinte devenait lilas, puis pâlissait un peu au centre ; ils s'amolissaient, s'affaiblissaient graduellement, l'épiderme se vidant, puis desquamant. Enfin, au bout de quelque temps le tubercule disparaissait en laissant une tache blanche au centre pigmentée à la périphérie ; aucun de ces tubercules n'arrivait à l'ulcération.

Le système lymphatique a été intéressé au moment des poussées, les ganglions se sont tuméfiés et il reste aujourd'hui,

comme on peut le constater, surtout dans la région cervicale latérale gauche, une pléiade ganglionnaire volumineuse, dure et indolente. Au milieu des aînes, et dans les creux axillaires, les ganglions sont plus petits mais faciles à percevoir.

Depuis l'année 1891, il n'y a plus eu de poussées semblables à celles que j'ai décrites et, actuellement, l'état du malade est le suivant (20 juin 1892).

La santé générale est excellente ; c'est un jeune homme blond, assez développé pour son âge, il est, seulement, un peu maigre, mais ce qui frappe quand on l'interroge, c'est qu'il paraît plongé dans une sorte de torpeur intellectuelle et physique due à l'aspect léontiasique et éléphantiasique que la maladie a imprimée à la face.

C'est à la face, en effet, que les lésions sont absolument caractéristiques : la coloration de la peau d'un brun rougeâtre, des nodosités de divers volumes, des infiltrations dermiques plus ou moins étendues, de la tuméfaction des paupières et des joues, permettent de faire d'emblée le diagnostic de lèpre tuberculeuse. La peau du front est épaisse, œdématiée, a une teinte fauve ; elle présente de nombreux sillons transversaux et de petits tubercules variant de la grosseur d'un grain de chènevis à un pois, disposés sans ordre, qui la recouvrent en totalité. Les régions sourcillères sont le siège d'une alopecie manifeste. Les paupières supérieures sont augmentées d'étendue et tuméfiées ; le nez est large, aplati, épaté comme celui du nègre, les lèvres sont épaisses, proéminentes, renversées, dures et inégales ; les joues infiltrées, mobiles, tremblottantes lorsqu'on les percute avec l'extrémité du doigt ; le menton est bosselé et déformé ; les bords libres du pavillon de l'oreille et le lobule sont épais et mollasses.

Les gros tubercules qui ont le volume d'un pois à une petite noisette siègent soit sur les joues au nombre de deux ou trois soit sur les lèvres ; cinq ou six existent sur le bord cutané de la lèvre inférieure, qu'ils renversent et attirent en bas. Toutes ces nodosités sont proéminentes, forment un relief très marqué, abrupt en quelque sorte sur la surface de la peau. On voit, par transparence, sur leur surface, des téléangiectasies formant des arborisations vasculaires très fines au toucher ; ces tubercules

sont durs, rénitents, ils sont le siège d'anesthésie, quand on les pique avec une épingle.

Les plaques indurées, moins saillantes que les tubercules, sont d'un brun jaunâtre; elles forment peu ou point de relief au-dessus de la peau normale.

Dans le cuir chevelu, pas de nodosités ni d'alopécie. Dans la région cervicale gauche existe une adénopathie volumineuse, indolente, faisant une saillie appréciable à la vue. Sur les membres supérieurs et inférieurs, on observe de nombreuses cicatrices symétriques, blanches, déprimées, qui, toutes, ont été produites par la regression des tubercules. A leur niveau, la peau est amincie et très finement plissée; la sensibilité est émoussée à leur périphérie. Ces taches blanches sont pigmentées et brunâtres si bien que le malade, vu à distance, semble être tatoué. La face dorsale des mains a une teinte fauve et présente des infiltrations dermiques ne formant pas de relief au-dessus de la peau normale. En aucun point du corps — sauf à la face — on ne constate de gros tubercules lépreux. Aux pieds, on trouve de petites nodosités violacées, plantaires et sur les bords, surtout externes, et des ulcérations arrondies entre les orteils; ces exulcérations sont consécutives à des bulles. Les organes sont sains; les testicules, normalement développés, ne sont pas augmentés de volume. Le malade est, depuis 1891, dans une période de rémission traversée seulement par quelques rares productions pemphigoïdes ou tuberculeuses.

Le traitement qui a été suivi pendant plusieurs années a consisté à faire prendre au malade de l'huile de Chaulmoogra en gouttes; il en a pris, d'abord, 5 gouttes par jour dans une infusion chaude de menthe; la dose a été augmentée tous les trois ou quatre jours d'une goutte, pour arriver à quarante gouttes par jour.

Ce traitement a été fait pendant trois mois consécutifs; depuis 1889 le médicament était suspendu pendant un mois, le malade prenait alors, de l'arséniat de soude. Depuis un an, l'huile de Chaulmoogra n'a pas été reprise.

Comme médication externe, les plus grosses nodosités ont été enlevées; celles de volume moyen sont détruites par séries avec le galvanocautère.

En résumé, la maladie a été caractérisée par des poussées

fébriles accompagnant l'éruption, au début, de taches erythémateuses, léprides erythémateuses lisses, roséole lépreuse; plus tard, par l'apparition des bulles et de tubercules. Ceux-ci, au pourtour des grandes articulations sur les membres, ont subi la régression spontanée, tandis qu'à la face, ils sont restés volumineux et de dimensions moyennes sur les extrémités. Depuis deux ans, le malade paraît dans une période d'accalmie.

Voici la note que M. le professeur Rietsch a bien voulu me remettre:

Ensemencement fait le 18 juin 1892 sur l'agar glycérimé et sucré; pas de développement perceptible le 29 juin.

Préparations sur lamelles colorées quelques instants seulement à froid dans le liquide de Zielh; les bacilles, très nombreux, se colorent. Ceux de la tuberculose ne prennent pas ou presque pas de coloration dans ces conditions.

On a, ensuite, traité par l'acide nitrique et l'alcool; les bacilles ont résisté à cette décoloration ce qui confirme le diagnostic: bacilles de la lèpre. On ne connaît, en effet, que ces derniers et ceux de la tuberculose restant colorés dans ces conditions.

La coloration instantanée à froid et le groupement de bacilles excluent ceux de la tuberculose.

Le fond des préparations a été ensuite, coloré au bleu de méthylène.

OBSERVATION II (1) (Voir planches 1, 2 et 3).

LÈPRE TÉGUMENTAIRE TUBERCULEUSE.

X..., âgé de 67 ans, né en Italie, près de Port-Maurice, nous est adressé, le 24 mai 1898, par notre excellent confrère et ami, le Dr Brouillon.

Le malade a travaillé à Marseille pendant 30 ans, sur les quais, et a toujours joui d'une bonne santé; il aurait eu seule-

(1) Cette observation et les cinq suivantes ont été communiquées par M. le Dr Perrin au Comité médical des Bouches-du-Rhône en juillet 1898.

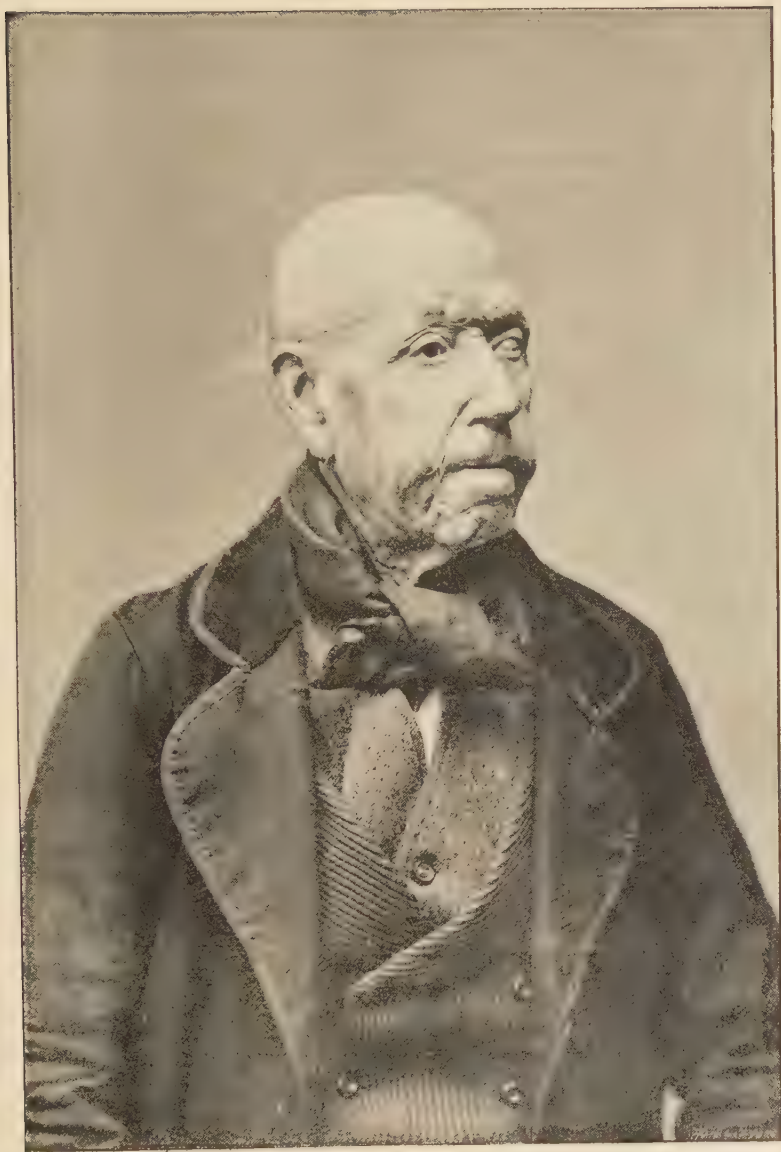


PLANCHE 1. — Observ. II. — Homme de 67 ans atteint de *lèpre tégumentaire tuberculeuse*; alopecie sourcilière et de la barbe, tubercules durs sur la face. Cicatrice blanche centrale sur l'œil gauche.



PLANCHE 2. — Observ. II. — Homme de 67 ans atteint de *lèpre tégumentaire tuberculeuse*: peau ichthyosique, jambes éléphantiasiques, ulcération sur la jambe gauche. Adénopathie inguinale.



PLANCHE 3. — Observ. II. — Homme de 67 ans atteint de *lèpre tégu-
mentaire tuberculeuse*: peau ichthyosique; infiltrats lépreux et
tubercules aux avant-bras.



PLANCHE 4. — Observ. III. — Femme de 34 ans atteinte de *lèpre tégumentaire tuberculeuse* : membres inférieurs farcis de tubercules durs. Cicatrices au genou droit, infiltrats lépreux aux jambes.



PLANCHE 5. — Observ. III. — Femme de 34 ans atteinte de *lepre tegumentaire tuberculeuse*: squames adhérentes au-dessus du coude gauche à l'endroit où un tubercule a été excisé.

PLANCHE 10. — Observ. VI. — Jeune homme de 23 ans atteint de *lepre systématisée nerveuse*: pied droit en varus, atrophie des extenseurs des orteils. Ostéite du 5^e métatarsien du pied gauche avec son pansement.

ment, dans l'enfance, mal aux yeux; l'œil gauche présente une cicatrice blanche centrale. Il y a quelques années, fracture de la jambe droite consolidée, sans déformation. Venu à Marseille à l'âge de 24 ans, il y est resté 30 ans, puis est retourné en Italie, dans son village près de Port-Maurice; après y avoir fait un séjour de 10 ans, il est revenu à Marseille il y a 3 ans. Il est marié et a une fille; sa femme et sa fille sont saines. Quant à lui, il présente sur la face, les oreilles, sur le tronc et les membres, de nombreux tubercules durs, de consistance élastique, insensibles à la piqure; alopecie sourcilière et de la barbe; cheveux conservés, sauf sur le vertex; pigmentation générale brune de la peau, qui est plissée, flétrie et ichtyosique sur les membres. Les jambes sont éléphantiasiques; il existe, de plus, à gauche, à la partie moyenne et antérieure du tibia, une ulcération à bords polycycliques et indurés. Adénopathies formant de volumineuses tumeurs dans les régions inguinales.

Sur l'éminence thénar de la main gauche, une bulle pemphigoïde, de la dimension d'une pièce de un franc, survenue sans cause; ongles secs, décolorés, se cassant facilement; au niveau de la partie postérieure des avant-bras, infiltrats lépreux, sur lesquels on trouve quelques tubercules aplatis. Excision d'un de ces tubercules à droite, sans anesthésie locale, le malade n'éprouvant aucune douleur; il y a, en effet, une insensibilité complète sur tous les tubercules et principalement sur les membres supérieurs et inférieurs; l'ulcération qui siège sur le tibia est, au contraire, douloureuse. Les nerfs cubitaux sont hypertrophiés.

A l'examen bactériologique (bacilles de Hansen), augmentation notable du nombre des leucocytes.

OBSERVATION III (Voir les planches 4 et 5).

LÈPRE TÉGUMENTAIRE TUBERCULEUSE.

F..., âgée de 34 ans, se présente, le 22 avril 1898, à notre polyclinique. Elle est originaire de San-Rémo. Venue à Marseille, il y a cinq ans, mariée il y a 9 ans; elle a eu trois grossesses: la première il y a 8 ans, l'enfant est vivant et bien portant; la

deuxième à terme également, l'enfant est mort à 17 mois ; la troisième, il y a 3 ans, avortement à six mois. Le mari est bien portant et fait le métier de maçon.

Les antécédents héréditaires de cette malade sont importants à signaler : sa mère est lépreuse (Voir Obs. IV) ; son oncle maternel était lépreux aussi, il est mort à 67 ans ; son grand-père du côté maternel était lépreux. Dans sa famille, ses frères et ses sœurs, au nombre de quatre, sont tous bien portants ; deux sont mariés et habitent son pays natal, elle n'est malade que depuis deux ans ; l'affection a débuté, à la face et sur les membres supérieurs et inférieurs, par de nombreuses grosseurs ; elle ressentait, à ce moment, des douleurs, de la lassitude et de la fièvre tous les soirs.

Etat actuel. — A la face, alopécie sourcilière de la région externe, nodosités au niveau du front, des sourcils, des joues, d'un lobule des oreilles ; les membres supérieurs et inférieurs sont comme farcis de tubercules durs, saillants, agglomérés. Cicatrices recouvertes d'une croûte au niveau du genou droit ; jambes épaissies, infiltrées, dures, recouvertes dans la plus grande partie de leur étendue de squames adhérentes par leur partie centrale et soulevées à la périphérie. Les membres supérieurs, sur leur face postérieure, ainsi qu'au niveau du dos des mains, sont le siège de lépromes en nappes ; quelques tubercules font, pourtant, une saillie notable ; l'un d'eux, au-dessus du coude gauche est excisé par notre confrère, M. le Dr M. Jourdan. Sutures avec crins de Florence, réunion immédiate lente à se faire, quoi qu'il n'y ait pas eu de suppuration, les fils n'ont pu être enlevés que le dixième jour. Au niveau de cette petite incision, on voit encore une surface recouverte de squames adhérentes,

La coloration de la peau est, d'une manière uniforme, de couleur foncée, bistre, plus brune encore sur les membres inférieurs. La malade a beaucoup maigri, mais ne souffre pas ; toutes les fonctions sont régulières.

Anesthésie sur les membres supérieurs, au niveau des nodosités tuberculeuses et au pourtour des genoux, tuméfaction des nerf cubitaux.

Examen bactériologique du nodule excisé. Bacilles de Hansen en grande quantité.



PLANCHE 6. — Observ. IV. — Femme de 60 ans, (mère de la précédente) atteinte de *lèpre systématisée nerveuse*; mains en griffe; atrophie des éminences thénar et hypothénar, mutilation du médius gauche. Ulcérations sur la face dorsale du médius et de l'index droits.



PLANCHE 7. — Observ. IV. — Femme de 69 ans atteinte de *lèpre systématisée nerveuse*: mutilation des orteils dont quelques-uns sont réduits à l'état de moignons. Jambes éléphantiasiques, infiltrats lépreux à la jambe droite.



PLANCHE 8.—OBSERV. V.—Enfant de 14 ans atteint de *lèpre léguminaire tuberculeuse*: faciès de lépreux léonin, alopecie sourcilière, nodules sur la face, surtout au menton. Tubercules et taches sur les membres supérieurs qui sont amaigris.

OBSERVATION IV. — (Voir les planches 6 et 7).

LÈPRE SYSTÉMATISÉE NERVEUSE

Femme de 60 ans, mère de la précédente, habite San-Remo et est venu passer un mois chez sa fille qui nous l'a conduite, le 6 mai 1898, à notre polyclinique.

Son père était lépreux; il avait six enfants; quatre sont indemnes, elle et un de ses frères sont atteints de la lèpre. Elle ne peut préciser à quelle époque elle a commencé à être malade, il est difficile, d'ailleurs, de l'interroger. Actuellement, elle paraît encore robuste; la face et le tronc ne présentent aucune lésion; ce sont les mains et les pieds qui sont déformés et le siège d'ulcérations et de mutilations. Les ulcérations existent sur les faces dorsales et latérales du médus et de l'index gauche, les mutilations se voient sur l'index et le médus droits qui sont réduits à l'état de moignons; il existe, de plus, des lésions cicatricielles sur trois doigts de la main gauche. Atrophie des éminences thénar et hypothénar; main en griffe; aux pieds, déviation des orteils et grande difficulté de la marche; les léguments des membres inférieurs sont épaissis, indurés, éléphantiasiques. Anesthésie parfaitement symétrique de la totalité des membres supérieurs et inférieurs jusqu'à la racine des membres; à ce niveau, elle est moins profonde; le cou, la face et le tronc sont sensibles. Les nerfs cubitiaux sont gonflés et moniliformes. Pas d'examen bactériologique.

OBSERVATION V (Voir planche 8)

LÉPRIDES TUBERCULEUSES, CUTANÉES ET MUQUEUSES
LÉPROMES ERYTHÉMATO-MACULEUX

Garçon de 14 ans, né à St-Pierre-de-la-Martinique, venu en France il y a cinq ans. Mère originaire de la Martinique; le père est resté dans cette colonie pendant 22 ans et il s'y est marié; l'un et l'autre sont sains; le père est tabétique; ils ont quatre enfants tous vivants et bien portants, sauf celui qui fait l'objet de cette observation, et qui est le troisième de la famille. La maladie avait débuté chez lui, il y a seulement six mois; il

aura eu, à cette époque, des épistaxis et des croûtes dans la cavité nasale gauche.

Actuellement faciès caractéristique de lépreux léonin, nodules durs, saillants ou aplatis, agglomérés à la face sur le front, les régions sourcilières, les joues, le nez, les oreilles et le menton; alopecie sourcilière; dans les régions sous-maxillaire et cervicale, adénopathies multiples; nombreux tubercules sur les membres supérieurs qui sont amaigris, tandis que la peau est le siège, sur les extrémités des avant-bras, d'une infiltration en nappe indurée sur laquelle font saillie des nodosités violacées tranchant sur la couleur de la peau qui est brunâtre. Sur le bras droit, au niveau de la région deltoïdienne, existe une grande tache érythémato-maculeuse, achromique au centre, présentant des bords festonnés et indurés. Anesthésie au centre de cette plaque, ainsi que sur les tubercules saillants. Un siègeant sur l'avant-bras a été excisé pour l'examen bactériologique (bacille de Hansen). Nerfs cubitaux volumineux et très douloureux à la palpation. Au niveau de la muqueuse nasale, surface ulcérée dans la cavité nasale gauche recouverte de croûtes; sur la voûte palatine et la luette, nombreux nodules ulcérés, ou indurés. Epiglotte épaissie irrégulièrement, recouverte de tubercules qui se continuent sur les replis ary-épiglottiques et les bandes ventriculaires.

OBSERVATION VI (Voir planches 9 et 10)

LÈPRE SYSTÉMATISÉE NERVEUSE

Jeune homme de 23 ans, né à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) nous est adressé, le 29 juin 1898, par notre excellent confrère et ami, le Dr de Kearting-Hart.

Aucun antécédent héréditaire de lèpre: le père et la mère du malade sont morts; il a une sœur bien portante; il a été en pension pendant plusieurs années à la Guadeloupe, en même temps qu'un jeune nègre qui était lépreux et qui est mort de cette maladie. Chez lui la lèpre a débuté à l'âge de 11 ans par des taches multiples sur tout le corps; sa tante maternelle nous dit que, pendant plusieurs années, il en était couvert, elles étaient rouges ou couleur fauve. A l'âge de 15 ans, des phénomènes

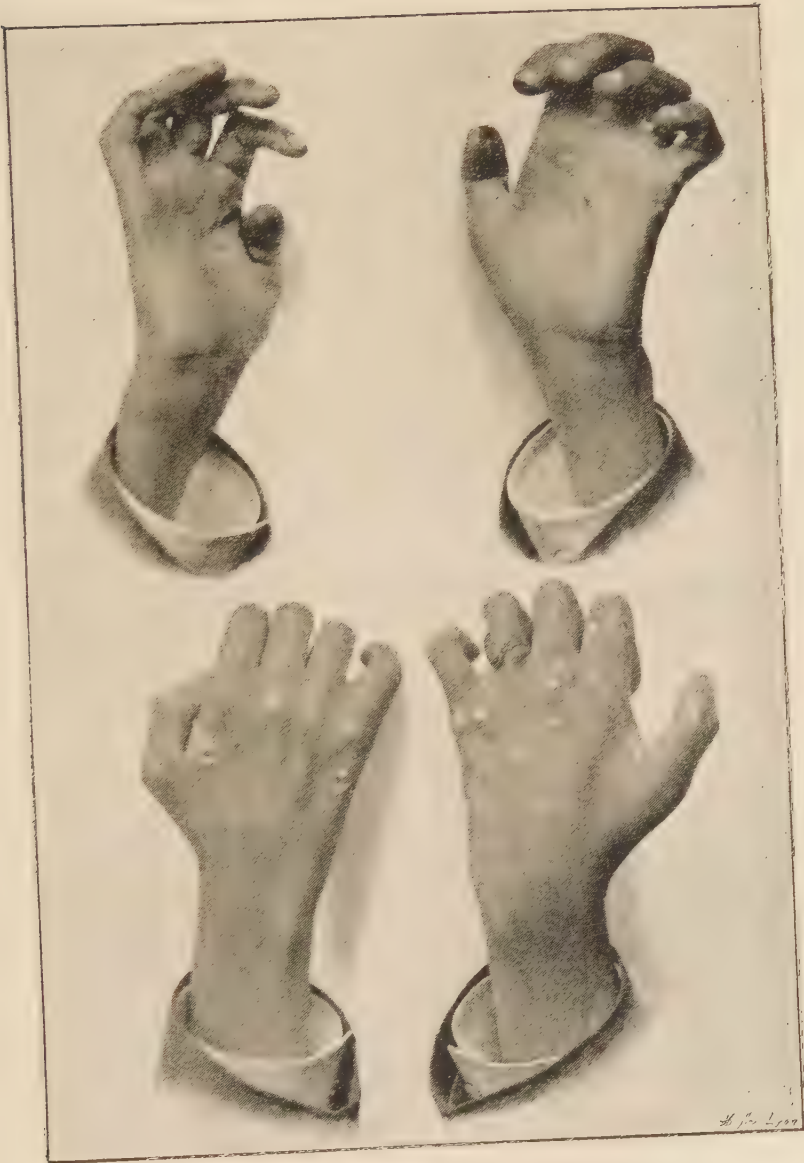


PLANCHE 9. — Observ. VI. — Jeune homme de 23 ans atteint de *lèpre systématisée nerveuse* : mains en griffe. Atrophie des éminences thénar et hypothénar, des fléchisseurs et extenseurs des avant bras. Ulcérations sur les doigts, quelques-unes recouvertes de croûtes.

de paralysie se sont montrés dans la main droite, puis se sont étendus à gauche à l'âge de 17 ans; le malade, qui était employé chez un pharmacien, ne pût continuer son travail; les pieds ont été atteints vers cette même époque et quand il est venu en France, il lui était impossible de se servir de ses mains, même pour manger; il ne marchait que très difficilement sur le bord externe du pied qu'il soulevait avec peine, le traînant sur le sol.

Actuellement, jeune homme de taille élevée, un peu amaigri, pas de scoliose, présentant, sur les joues, de chaque côté, une large bande de couleur jaune chamois entourée d'une surface erythémateuse et s'étendant verticalement des régions temporales jusque vers la lèvre supérieure. Sur la partie externe des bras, la racine des membres inférieurs et sur la poitrine, existent encore des taches circonscrites à grand diamètre vertical; elles sont de couleur fauve avec bordure érythémateuse et anesthésiques au centre. Au début de la maladie, ces taches étaient confluentes, il n'en reste aujourd'hui que 6 à 7, et il n'en paraît plus de nouvelles.

Membres supérieurs. — Atrophie des muscles des éminences thenar et hypothénar, des interosseux, des fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras, d'où déformations caractéristiques: mains aplaties, dos de la main affaissé, concave, rétrécissement du diamètre transversal; saillie des métacarpiens et des tendons des fléchisseurs dans la paume de la main. Doigts fléchis les uns sur les autres, premières phalanges dans l'extension, les autres dans la flexion: c'est la main en griffe. Sur les doigts, on trouve plusieurs ulcérations, quelques-unes recouvertes de croûtes qui sont dues à des brûlures produites par la cigarette, à cause de l'anesthésie complète des membres supérieurs, anesthésie qui s'étend jusqu'au moignon de l'épaule de chaque côté. Ongles altérés, striés, exfoliés, anémiés, cassants. L'index gauche est déformé au niveau de la dernière phalange qui est arrondie en massue, diminuée de longueur, l'ongle est déprimé dans le derme; à la face palmaire, trajet fistuleux, plusieurs incisions ont été pratiquées par M. le docteur Juge, l'aspect rappelle celui d'un doigt atteint de panaris ancien. Les bras et les avant-bras sont considérablement amaigris, par suite de l'atro-

phie des muscles. Nerfs cubitaux volumineux, présentant un épaississement fusiforme.

Membres inférieurs. — Atrophie des extenseurs des orteils, des fléchisseurs du pied et des péroniers, déformation des pieds, pied plat et véritable pied bot paralytique, le pied est en varus, le malade marche sur le bord externe en trainant ce bord sur le sol. Les symptômes se sont améliorés sous l'influence de nombreuses séances électriques faites par le docteur Keating-Hart ; aussi, la marche est-elle, aujourd'hui, moins difficile. Sur le pied gauche, ostéite du cinquième métatarsien qui a été enlevé il y a six mois, par le docteur Juge. Nouvelle opération le 27 juillet, ablation du second orteil gauche. A droite, au niveau de la malléole externe, ulcération arrondie recouverte de croûtes paraissant être d'origine traumatique. Sur les cuisses, à leur partie supérieure et antérieure, grande tache jaunâtre entourée d'une bordure rouge hyperémique.

Sensibilité. — Anesthésie absolue des membres inférieurs dans toute leur étendue jusqu'à la partie supérieure des cuisses, comme pour les membres supérieurs. L'examen des frottes du sang n'a donné que des résultats insuffisants, des coupes seront pratiquées au niveau de l'orteil qui a été enlevé, les descriptions des lésions seront présentées par le docteur Engelhart, au Comité médical.

Quoiqu'il en soit, le début de l'affection par des taches hyperémiques et pigmentaires, la persistance de quelques-unes de ces taches, l'atrophie des muscles, les déformations, l'anesthésie des membres, l'épaississement des cubitaux, le pays d'origine du malade, ne peuvent laisser aucun doute sur le diagnostic.

OBSERVATION VII

LÈPRE TÉGUMENTAIRE. — LÉPRIDES MULTIFORMES, ÉRYTHÉMA-TEUSES, MACULEUSES, DYSCROMIQUES, SYSTÉMATISÉES, CIRCONÉES, ETC. — DYSESTHÉSIES VARIÉES. — HYPERTROPHIE DES NERFS CUBITAUX. — ANESTHÉSIE LE LONG DU CUBITUS SUR LA FACE DORSALE DES PIEDS ET LA PARTIE INFÉRIEURE DES JAMBES.

H..., âgé de 30 ans, nous est adressé, le 26 août 1898, par notre confrère et ami le Dr Sèpet. Le malade est né à la Martinique,

il y est resté jusqu'à l'âge de 26 ans, comme surveillant des nègres travaillant aux plantations de cannes à sucre. Son père, d'origine corse, s'était marié à une créole, il a habité la Martinique jusqu'à sa mort, arrivée à 57 ans, à la suite de la malaria. Mère vivante et bien portante, famille de six enfants, deux morts en bas-âge, quatre vivants, ils ont tous eu des accidents paludéens plus ou moins sérieux; une fille est soignée pour une hypertrophie de la rate. Toute la famille est revenue en France, il y a quatre ans. Le malade s'est marié à une Corse, il y a un an.

Début de l'affection. — Depuis douze à quinze mois, le malade se plaint d'avoir, le soir, des accès de fièvre, de la courbature et une lassitude générale; les croyant dus à la malaria, il n'a consulté que quand il a remarqué sur la face et tout le corps une éruption de taches rouges ou jaunâtres. Actuellement, sur le front, larges taches arrondies, hypérémiques, un peu saillantes à droite du côté gauche, décolorées au centre et paraissant déprimées à cause de la bordure qui est d'une couleur fauve. Sur le cou, les membres supérieurs, le tronc, la partie supérieure des cuisses, les taches sont érythémateuses ou pigmentaires formant des anneaux plus ou moins étendus; polycycliques à grand festons inégaux. Sur les membres supérieurs, soit à leur face antérieure ou postérieure, l'éruption est confluyente et présente un aspect bigarré par l'existence de nombreux anneaux rouges ou maculeux. Sur le tronc, soit en avant, soit en arrière, il y a, de chaque côté, huit à dix taches formant soit des anneaux ou des croissants ou des figures à bords festonnés, les uns érythémateux, les autres de couleur chamois ou jaunâtre. Sur les fesses et la région lombo-sacrée, l'éruption est confluyente, mais à petites taches rouges rappelant la roséole; il n'y a pas de desquamation. Sur la face dorsale des pieds et l'extrémité inférieure des jambes, surface érythémateuse avec desquamation blanchâtre.

Troubles de la sensibilité. — Sur la face, le tronc et les membres supérieurs, les taches sont le siège d'hyperesthésie; l'anesthésie n'est constatée qu'au niveau de la partie inférieure et antérieure des jambes et à la face dorsale des pieds. Sur la plante des pieds, la sensibilité reparait. On trouve encore des plaques d'anesthésie limitées, une, entre autres, très nette sur

le bord cubital de l'avant-bras gauche. Les nerfs cubitaux sont volumineux, épaissis; il existe de chaque côté un petit ganglion épitrochléen dur, du volume d'un noyau de cerise; de plus, à gauche le long du nerf on trouve, par la palpation, deux renflements noueux, durs, allongés verticalement.

Malgré cette éruption et les paroxysmes fébriles qui l'accompagnent l'état général du malade n'est pas mauvais; il fait un travail assez fatigant, comme ouvrier des quais; quoique l'appétit soit régulier, l'amaigrissement est manifeste, la face paraît rouge et animée à cause des taches qui recouvrent surtout le front; les yeux sont rouges et injectés, on voit de nombreux petits vaisseaux sur la conjonctive oculaire.

Bactériologie. — Dans le courant du mois de décembre 1898, un léprome du bras droit a été excisé. L'examen bactériologique, fait par M. le Dr Engelhart, a montré dans les coupes de ce léprome la présence du bacille de Hansen.

OBSERVATION VIII (1) (Voir planche 14).

LÈPRE TÉGUMENTAIRE TUBERCULEUSE. — LÉSIONS LÉPREUSES DU VOILE DU PALAIS.

S..., âgé de 46 ans, marin, né à Sorrente (Italie), a quitté son pays vers l'âge de 18 ans; jusqu'à cette époque, il n'avait vu aucun lépreux. Il vient habiter Marseille et entreprend une série de voyages dans toutes les parties du monde. En 1895, il se rend à Buenos-Ayres; 5 ans plus tard, il séjourne pendant quelques mois au Sénégal, à Gorée; il va, ensuite, à La Martinique, à la Havane, à la Trinidad. La première manifestation de la lèpre qui fut constatée, dans un des pays précédents, date de 1893.

Deux ans plus tard, ce lépreux vient à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu sur les conseils du Dr Meunier, et nous le recevons dans le service de clinique médicale dont nous étions chargé à ce moment. Il n'existait, alors, que quelques groupes de lépromes disséminés sur le front, au niveau des sourcils.

(1) Cette observation ainsi que la suivante nous ont été communiquées par M. le professeur Boinet.

Leur aspect était caractéristique ; ils étaient le siège d'une anesthésie complète, semblable à celle que nous avons si souvent constatée sur le lépreux d'Hanoï (1). Il passe deux mois à l'Hôtel-Dieu ; de temps à autre, il a des accès de fièvre correspondant à des poussées de lèpre et s'accompagnant de sueurs profuses qui n'apparaissent jamais au niveau des points envahis par les lépromes. Tous les traitements employés restent sans effets notables. Ce lépreux navigue encore pendant 3 ans ; il revient à Marseille en octobre 1898, époque à laquelle le Dr Meunier veut bien nous l'adresser de nouveau. Ce malade est en pleine poussée de lèpre ; il a une fièvre assez forte qu'on ne peut rapporter à aucune autre cause ; la langue est sèche, rôtie, vernissée ; son haleine est fade, écœurante ; cette odeur, comparable à celle du poisson moisi et chauffé, tient à des lésions lépreuses qui ont envahi tout le voile du palais. On voit sur ce point, des ulcérations recouvertes en partie de croûtes jaune sale, desséchées et entourées d'une muqueuse sèche, rouge cramoisi, mamelonnée, d'aspect vernissé et luisant. Des altérations semblables ont atteint la muqueuse du nez qui commence à s'effondrer.

Face. — Le front et, en particulier, les deux sourcils sont couverts de gros lépromes à divers degrés d'évolution ; sur le front ils sont disposés en larges placards, à contours de cartes géographiques ; ils ont une coloration rouge ; leur surface est mamelonnée ; à la palpation, on sent une série de lépromes durs, rénitents, de dimension variable. Ils occupent une surface trapézoïde, dont le bord supérieur mesure 9 cent. et l'inférieur 14. Une traînée médiane envahit la région inter-sourcilière, et se prolonge sur le dos du nez. Les deux sourcils sont complètement dépourvus de poils et couverts de lépromes saillants, énormes, donnant à la physionomie l'aspect léonin bien connu. La plupart se sont ramollis, et leur centre laisse suinter un pus visqueux et une sérosité jaune sale qui, en se concrétant, forment des croûtes melliformes fortement adhé-

(1) Boinet : *De la Lèpre à Hanoï*. Prix Monbinne, Académie de Médecine 1889. *Revue de Médecine*, 1890. Congrès pour l'avancement des sciences, Marseille 1891. Etude clinique basée sur 80 observations de lèpre inédites. *Marseille Médical* 1892 et *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, décembre 1892.

rentes à la surface des lépromes. Quelques-uns infiltrèrent les paupières; une traînée d'une quinzaine de lépromes est disposée symétriquement sur chaque joue, au niveau du sillon naso-génien; d'autres ont envahi le tragus et forment un gros ourlet autour du pavillon de l'oreille. Les deux lobules de l'oreille sont épargnés. Les parties latérales du cou présentent encore des lépromes de date plus récente. On n'en trouve aucune trace sur le tronc, l'abdomen, les membres inférieurs. Les lésions lépreuses atteignent symétriquement les coudes, les faces antérieures et supérieures, postérieures et inférieures des deux avant-bras et la région dorsale des deux mains.

Coudes. — La peau qui recouvre l'olécrane est infiltrée de gros lépromes agglomérés, confluent, occupant une surface grande comme une pièce de 5 francs. Le nerf cubital gauche est très hypertrophié et facilement appréciable à la palpation. L'augmentation de volume du nerf cubital est moins considérable. Il en résulte des variations de sensibilité que nous indiquerons plus loin.

Face antérieure de l'avant-bras. — On y distingue une dizaine de gros lépromes sous-cutanés.

Face postérieure de l'avant-bras et dorsale des mains. — Toutes ces régions sont recouvertes par une large plaque erythémateuse à coloration rouge vineux, avec taches ecchymotiques; desquamation par places, ulcérations dermiques grandes comme une pièce de 5 francs sur la partie inférieure de l'avant-bras et sur le milieu de la face dorsale de la main. Sur certains points, on trouve des pustules et des lépromes en voie d'ulcération. Les bords de ce vaste placard sont rouge vif, surélevés, et tranchent nettement sur la peau du voisinage.

Doigts. — Il n'existe aucune mutilation; des placards rouges erythémateux, semblables aux précédents, occupent la face dorsale des dernières phalanges.

Sensibilité. — Elle est complètement abolie au niveau de l'auriculaire gauche; elle est simplement diminuée sur les autres doigts et dans la sphère du cubital et sur les lésions lépreuses des deux membres supérieurs. Une piqûre légère faite avec une épingle donne lieu à l'écoulement des gouttes de sang noir. L'anesthésie est à peine accusée au niveau du membre

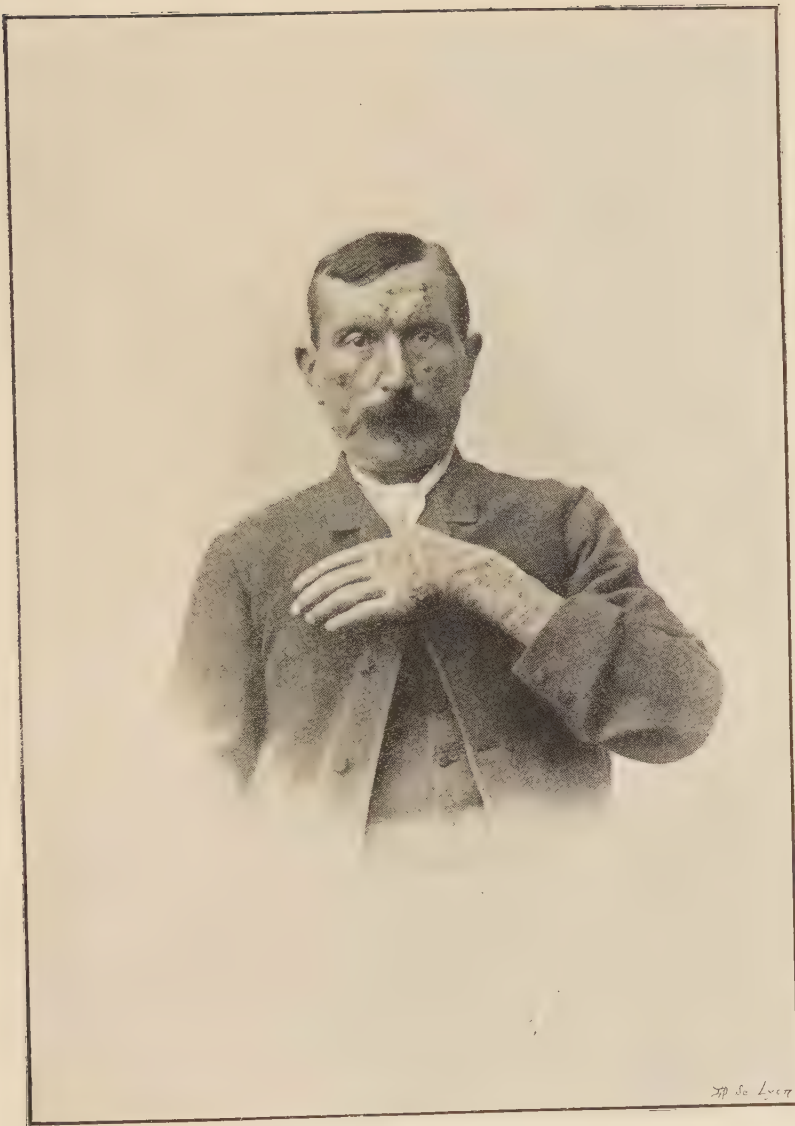


PLANCHE 41. — Observ. VIII. — Homme de 46 ans, atteint de *lèpre léguminaire tuberculeuse*. Léprome de la face et de la main en voie d'ulcération (cette photographie faite par Ouvrière nous a été communiquée par le Dr Meunier; elle a été prise après la période de fièvre et de la poussée de tubercules, c'est-à-dire au moment où le malade paraît en voie d'amélioration).

supérieur droit, car le cubital est peu altéré. Enfin, la sensibilité est presque abolie sur les lépromes qui occupent la moitié droite du front et la région sourcilière du même côté; elle persiste, au contraire, au niveau des lépromes enflammés qui siègent sur le côté gauche du front et sur le sourcil correspondant.

Traitement. — Ce malade présentait une poussée lépreuse très considérable relatée dans la communication faite en novembre 1898 à la Société de Biologie. Il a été soumis au traitement par l'huile de Chaulmoogra; une grande amélioration s'est produite dans son état, la fièvre lépreuse a disparu, l'état général s'est amélioré, les tubercules se sont affaîssés, ainsi que les bulles de pemphigus, ainsi que le montre la photographie.

Des tubercules du front restent ulcérés malgré l'emploi de l'huile de Chaulmoogra; nous avons eu l'idée, à cause des ressemblances entre le bacille de la lèpre et celui de la tuberculose, d'utiliser l'action locale de la *tuberculine* de l'Institut Pasteur employée en pansement et mélangée en parties égales avec la glycérine; une amélioration très considérable est survenue et la cicatrisation s'est faite très vite.

Bien que ce cas soit unique, nous pensons que ces pansements doivent être conseillés en raison des avantages thérapeutiques marqués qui ont été obtenus. Malgré la suppression de l'huile de Chaulmoogra durant ces pansements, les plaies ont détergé très rapidement. Depuis il n'y a plus eu de reprise

OBSERVATION IX

Il s'agit d'une Italienne de 20 ans, originaire de San-Remo où elle a été en rapport avec un lépreux deux ans auparavant. Depuis cette époque, elle habite Marseille. Elle présente sur le front, les pommettes, le cou, la partie supérieure du thorax, des taches hyperémiques erythémateuses, et des plaques de roséole lépreuse semblables à celles que nous avons vues au Tonkin. Il ne peut être question ni de syphilis, ni d'éruption médicamenteuse. Du reste, l'hypertrophie des deux nerfs cubitiaux confirment le diagnostic de lèpre systématisée nerveuse, à son début.

REMARQUES CLINIQUES

Les neuf malades dont on vient de lire les observations présentent les diverses formes cliniques de la lèpre à toutes ses périodes. Les Obs. I, II, III, V et VIII sont des cas types de *lèpre tégumentaire tuberculeuse*. Le faciès de ces malades est caractéristique avec leur alopécie sourcilière, leurs tubercules de forme arrondie ou aplatie, isolés ou agglomérés, de consistance ferme, élastiques et insensibles à la piqure. Tous ces patients présentent bien cette torpeur intellectuelle et physique, cette espèce d'hébétude et de tristesse que leur donne la maladie.

Chez tous, la coloration de la peau est fortement pigmentée, plombée, bistre brun foncé ; elle est flétrie, plissée, ichthyosique dans l'Obs. II ; chez la femme de l'Obs. III, au niveau des membres inférieurs, les téguments sont comme farcis de tubercules et présentent sur les jambes et les avant-bras des infiltrations lépreuses en nappes et recouvertes, à la partie antérieure des jambes, de squames adhérentes à leur partie centrale, soulevées à leur périphérie. Le jeune malade de l'Obs. V, a peu de lésions au niveau des membres inférieurs, mais les avant-bras et les bras sont le siège de nombreux lépromes occupant l'étage supérieur du derme, et de quelques tubercules livides, saillants, anesthésiques dont un a été excisé. On constate, de plus, ainsi que le montre la photographie, sur la partie supérieure de la face

externe du bras droit, une lépride circonscrite, hyperchronique sur les bords, achronique au centre. Seul le vieux lépreux de l'Obs. II a des lésions ulcéreuses; il a présenté une bulle pemphigoïde (lépride bulbeuse) sur l'éminence thénar de la main droite, elle est actuellement cicatrisée et remplacée par une macule arrondie ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs. Il y a, de plus, une ulcération allongée à bords polycycliques indurés au niveau de la partie moyenne du tibia gauche. C'est chez ce malade qu'existent des adénites inguinales volumineuses, formant de véritables tumeurs dures et bosselées.

Les manifestations au niveau des muqueuses n'existent que chez le jeune lépreux de l'Obs. V; il a eu des épistaxis; il présente actuellement une surface ulcérée recouverte de croûtes dans la cavité nasale droite au niveau de la cloison. De plus, sur la voûte palatine et le voile du palais, la luette, l'épiglotte les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires existe un certain nombre de tubercules arrondis, saillants, quelques-uns cupuliformes et exulcérés; ils siègent, surtout sur la ligne médiane; la voix est cassée (voix lépreuse).

Les nerfs cubitaux chez ces divers malades sont manifestement augmentés de volume; ils sont hypertrophiés et douloureux à l'Obs. V.

Le malade de l'Obs. VII présente encore une variété de *lèpre tégumentaire*; les manifestations cutanées sont érythémateuses, maculeuses et accompagnées de paroxysmes fébriles. C'est la période de germination de la lèpre. Sur la face, principalement sur le

front, on voit des taches arrondies, hyperhémiques, un peu saillantes à droite, décolorées au centre avec bordure fauve du côté gauche ; sur le cou, les membres supérieurs, le tronc, la partie supérieure des cuisses, les taches sont érythémateuses ou pigmentaires formant des anneaux plus ou moins étendus suivant les régions, polycycliques à grands festons inégaux. Sur les fesses, la région lombaire et la partie postérieure des cuisses, les taches, quoique plus étendues, rappellent absolument l'aspect de la roséole (roséole lépreuse). Il n'y a pas de desquamation sur ces diverses taches. Chez ce malade, les troubles de la sensibilité sont intéressants à signaler ; sur la face, le tronc, les membres supérieurs, les taches sont le siège d'hyperesthésie ; l'anesthésie n'existe qu'au niveau de la partie inférieure et antérieure des jambes et de la face dorsale des pieds ; en ces points, les taches rouges, plus anciennes, sont recouvertes de quelques squames blanchâtres. Sur la plante des pieds, la sensibilité reparait. On trouve, de plus, des plaques d'anesthésie limitées sur le bord cubital de l'avant-bras, surtout du côté gauche. Chez ce malade, les nerfs cubitaux sont volumineux, épaissis, il existe, de plus, un petit ganglion épitrochléen à droite et à gauche, de ce côté le nerf présente deux renflements noueux, durs et allongés verticalement.

Les Obs. IV et VI sont des exemples de *lèpre systématisée nerveuse*. La vieille femme de l'Obs. IV présente des ulcérations et des mutilations nombreuses ; les ulcérations siègent sur les faces dor-

sales et latérales du médius et de l'index gauche, ainsi que sur le second orteil droit; les mutilations se voient sur l'index et le médius droit qui sont réduits à l'état de moignons; il existe, de plus, des lésions cicatricielles sur trois doigts de la main gauche. Cette femme ne présente aucune manifestation cutanée, ni tubercules, ni taches; la face est absolument indemne, mais, au niveau des membres inférieurs les téguments sont épaissis indurés, éléphantiasiques. L'anesthésie parfaitement symétrique est profonde et occupe la totalité des membres inférieurs et supérieurs, elle va en décroissant insensiblement vers la racine des membres; c'est un cas type d'anesthésie lépreuse; le cou, la face et le tronc sont sensibles. Les nerfs cubitaux sont gonflés et moniliformes.

Dans l'Obs. VI, l'anesthésie et l'état des nerfs cubitaux présentent absolument les mêmes caractères; il existe, de plus, chez ce malade, de l'atrophie musculaire, des rétractions tendineuses, des déformations et, en même temps, des taches de couleur fauve sur la face, la partie externe des bras, et la racine des membres inférieurs. Ces taches sont circonscrites, à grand diamètre vertical. Quand la maladie a débuté, elles étaient très confluentes, elles sont plus rares actuellement. Les déformations de l'avant-bras et de la main consécutives aux atrophies représentent exactement la main en griffe. Les pieds sont en varus équin. Chez ce malade, la lèpre a débuté par la forme maculeuse et erythémateuse qui a persisté pendant plusieurs années, s'accom-

pagnant de paroxysmes fébriles; les atrophies musculaires sont survenues en second lieu, enfin les déformations et des ulcérations avec lésions osseuses qui ont siégé au niveau du cinquième métatarsien et du second orteil du côté gauche.

DIAGNOSTIC

La présence du bacille de Hansen posant ferme la question du diagnostic, on l'a recherché chez nos malades chaque fois qu'on a pu le faire. Chez six d'entre eux. (Obs. I, II, III, V, VI et VII), l'examen bactériologique a donné un résultat positif. La malade de l'Obs. IV ayant été obligée de partir pour l'Italie, l'examen bactériologique sera pratiqué à son retour. Chez elle, dit M. Perrin, à cause de l'absence de toute manifestation cutanée, la lèpre pourrait passer inaperçue aux yeux des médecins même les plus expérimentés, mais insuffisamment léprologues. On conçoit très bien, en effet, que la lèpre systématisée nerveuse n'étant autre chose qu'une polynévrite spécifique, bien des affections nerveuses peuvent être confondues avec elle. Mais cette spécificité même de la névrite lépreuse fait qu'elle présente dans son caractère, dans son évolution, dans sa dissémination, dans sa localisation, etc., des caractères tellement différents de ceux que l'on a coutume d'observer que le diagnostic est facile. D'ailleurs, c'est surtout avec la syringomyélie,

type Morvan, que la maladie pourrait être confondue. Dans cette affection les panaris restent très souvent cantonnés aux extrémités supérieures, parfois même à une seule main : l'anesthésie prend la forme vestimentaire sur le tronc, les nerfs cubitaux sont normaux, la trépidation épileptoïde est commune et la scoliose très fréquente. Chez notre malade, les lésions ulcéreuses et les mutilations siègent aux doigts et aux orteils, l'anesthésie est distribuée aux quatre membres et respecte la face et le tronc, les nerfs cubitaux sont fusiformes ; souvent il n'y pas de scoliose, les reflexes rotuliens sont normaux. Le diagnostic de lèpre s'impose donc d'autant plus que la malade est originaire de San-Remo, son père était lépreux, un de ses frères également et sa fille, Obs. III, est atteinte aussi de la lèpre.

Remarque. — La question de diagnostic est très importante à résoudre dès le début de l'affection car, seul, le diagnostic précoce permet d'arrêter, à l'aide de mesures prophylactiques, la marche envahissante du fléau et d'en protéger une population encore indemne. Mais ce diagnostic est quelquefois un problème extrêmement embarrassant à résoudre, la lèpre étant une maladie protéiforme que l'on peut confondre avec une foule d'autres affections.

La période d'*incubation* est généralement fort longue et le début très insidieux. Il est, d'ailleurs, impossible de fixer la date précise de l'infection, car il n'existe pas, à l'origine de la lèpre, un accident initial révélateur, analogue au chancre syphilitique.

Nous ne connaissons pas le début réel, mais seulement le *début apparent* de la lèpre.

La période d'*invasion* est tout-à-fait comparable, par l'ensemble de ses manifestations, à la période secondaire de la syphilis ou à la phase de germination de certaines tuberculoses. Les premiers symptômes, en effet, dénotent une atteinte profonde de l'économie.

« Quand la preuve bactériologique ne peut être faite, dit Jeanselme (1), il faut rechercher ce que je propose d'appeler les *stigmates permanents* de la lèpre, à savoir : 1^o l'anesthésie disposée en ilots au niveau des taches hyperchromiques ou achromiques, ou réparties symétriquement aux extrémités des membres; 2^o le gonflement et l'état moniliforme des nerfs accessibles à la palpation et surtout des nerfs cubitaux; 3^o la chute des sourcils; 4^o les cicatrices superficielles, lisses et gaufrées que les tubercules et les bulles de pemphigus ont laissées après eux au niveau des coudes et des genoux; 5^o la rhinite et les épistaxis qui sont souvent les signes initiaux et révélateurs de la lèpre; 6^o les altérations oculaires; 7^o les altérations des organes génitaux. »

Avant la découverte du bacille de Hausen la forme tuberculeuse de la lèpre était souvent confondue avec les syphilis et la forme nerveuse avec les trophonévroses. Cette confusion a lieu surtout pour les formes qui se rapprochent de la syringomyélie

(1) Jeanselme : *Presse Médicale*, numéros 84 et 85, octobre 1897.

et de la maladie de Morvan, ou panaris analgésique. Nous avons vu précisément dans les relations de Zambaco que les deux sujets qui lui furent présentés à Marseille par M. le Dr Arnaud étaient considérés comme atteints chacun de l'une de ces maladies. Pour Zambaco c'était deux lépreux, mais il ne recherche pas chez eux le bacille de Hansen auquel il n'attache qu'une valeur secondaire, l'éminent léprologue voulant rester uniquement sur le terrain de la clinique.

Remarquons qu'ici la question du diagnostic se double d'une question de doctrine, ce qui la rend plus obscure, car, d'une part un grand nombre d'auteurs, se basant sur les autopsies connues, identifient la maladie de Morvan avec la syringomyélie, d'autre part, pour Zambaco, la maladie de Morvan n'est autre que la lèpre mutilante préhistorique (la lèpre actuelle de Danielsen) et la syringomyélie n'est qu'une variété anormale de la lèpre à forme nerveuse. « C'est, dit-il, parce qu'il n'était plus question de la lèpre en France depuis le Moyen-Age et par inadvertance, que l'on a créé le mal de Morvan et la syringomyélie qui ne sont autre chose que des cas plus ou moins classiques de lèpre.

L'opinion de Zambaco, qui n'a pas besoin pour poser le diagnostic de rechercher les microbes, n'est pas admise en général par les auteurs. « Il est possible, dit Pitres, que M. Zambaco ait le droit de se priver volontairement des ressources qu'offre la microbiologie. Depuis de nombreuses années il étudie la lèpre avec une prédilection marquée dans

un lieu où les cas sont relativement très nombreux. Il a acquis ainsi une expérience incontestable et incontestée, mais les personnes qui n'ont pas sa compétence ont besoin de la bactériologie pour fixer l'incertitude de leur diagnostic. » Voici ce que la bactériologie a appris à Pitres et à Sabrazès : sur quatre épreuves de fragments de nerfs et de moelles syringomyéliques, ils ont trouvé une fois le bacille de Hansen, ils en ont conclu que certains cas de lèpre sont faussement diagnostiqués syringomyéliques, mais que l'on ne saurait généraliser cette notion dans l'état actuel de nos connaissances et détruire l'autonomie de la syringomyélie (1). Le professeur Petrini de Galatz n'a pas toujours trouvé le bacille sur des sujets manifestement lèpreux. Il n'en a pas moins maintenu le diagnostic de lèpre, de même, dit-il, qu'on maintient le diagnostic de tuberculose alors que le bacille de Koch n'est pas trouvé dans les crachats. « Zambaco, ajoute-t-il, est plus près de la vérité que nous autres qui voulons à tout prix voir le microbe pour établir le diagnostic. » Le microbe ne pourrait-il pas être remplacé, dans certains cas, par ses toxines ? « qu'on ne connaît pas d'ailleurs mais qui doivent exister comme chez tous les microbes. » Ceci n'est qu'une supposition (2).

Enfin pour Jeanselme les anesthésies de la lèpre et de la syringomyélie, très analogues dans leur ensemble, peuvent être distinguées l'une de l'autre

(1) Pitres : *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1892.

(2) Petrini de Galatz, Congrès de Vienne, 1897.

par des caractères importants qu'il résume dans les deux formules suivantes :

a) L'anesthésie de la lèpre est toujours symétrique, d'abord rubanée, segmentaire dans la suite, imparfaitement dissociée et d'intensité graduellement décroissante en allant de la superficie de la peau vers la profondeur et de l'extrémité libre des membres vers leur racine.

b) L'anesthésie de syringomyélie est souvent asymétrique, toujours segmentaire d'emblée, en général profondément dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus et sous-jacentes (1).

(1) JEANSELME. Société médicale des hôpitaux, 9 juillet 1897. Le même auteur a signalé, il y quelques jours à peine (*Revue Neurologique* du 15 novembre 1898) qu'il existe dans la lèpre des lésions des cordons postérieurs occupant avec une prédilection particulière les cordons de Goll, les faisceaux en virgule, les triangles cornus marginaux.

HÉRÉDITE. — CONTAGION

Il est difficile d'établir quel peut être le rôle de l'hérédité ou de la contagiosité chez nos malades. En effet, ils ont tous habité plus ou moins longtemps des pays où la lèpre règne à l'état endémique et on sait de plus que la maladie a une incubation illimitée et une période latente infiniment prolongée. Donc il nous est très difficile d'avoir la preuve directe, irréfutable de la contamination. Pourra-t-on jamais savoir à quel moment précis tel sujet a pris le germe de la lèpre? Dans les cas actuels, au point de vue étiologique, voici ce qu'a appris l'interrogation des malades et de leur famille.

Le malade de l'Obs. I est né en pays de lèpre à Rio-de-Janeiro, mais de parents d'origine française. Toute sa famille a quitté ce pays avec lui pour venir à Marseille en 1884; le père y est mort tuberculeux, ainsi que trois de ses frères, le quatrième frère est aussi tuberculeux. Il avait sept ans quand il débarqua à Marseille où sa maladie le prit un an après. D'après ces renseignements il paraît bien établi

qu'il n'existe pour ce lépreux aucune hérédité lépreuse.

Il en est de même du malade de l'Obs. II qui affirme que, dans sa famille, il n'y a jamais eu aucune maladie semblable à la sienne. Venu à Marseille à l'âge de 24 ans il y est resté trente ans, puis il retourne dans son village, près de Port-Maurice, où il a habité pendant dix ans; il revient alors se fixer de nouveau à Marseille il y a trois ans. C'est pendant le séjour qu'il a fait dans son pays qu'il paraît avoir contracté la maladie, d'autant plus que, sa femme, qui est indemne, nous dit que, dans le village qu'ils habitaient, il y avait des malades présentant comme son mari des boutons et des plaies.

Les malades des Obs. III et IV appartiennent, au contraire, à une famille de lépreux. Le père de la malade de l'Obs. IV était lépreux, il avait six enfants, quatre ont été indemnes, deux ont été atteints de la maladie, un qui est mort à soixante-sept ans, et la femme qui fait le sujet de cette observation. Elle même, sur cinq enfants qu'elle a eus, un seul est atteint de la lèpre, c'est la malade de l'Obs. III.

Dans l'Obs. V, la mère de cet enfant est créole; elle est saine et elle affirme qu'il n'y a jamais eu de lèpre dans ses ascendants; son mari est resté 22 ans à la Martinique où il s'est marié; il est tabétique avec une incoordination motrice très intense, mais il ne présente aucune autre maladie; des quatre enfants qu'ils ont eus, seul le troisième, celui qui fait le sujet de cette observation, est atteint de lèpre tuberculeuse en pleine activité.

L'Obs. VII est semblable à l'Obs. V : la mère est créole, son fils n'a jamais entendu parler de lèpre dans ses ascendants maternels; son père, Corse d'origine, s'est marié à la Martinique; il y est mort de la malaria à l'âge de cinquante-sept ans. C'est après cette mort que la famille est rentrée en France; ils ont tous eu des accidents paludéens; une des filles a la rate hypertrophiée; lui seul présente depuis un an des accidents cutanés érythématomaculeux. Pendant son séjour à la Martinique, il surveillait des nègres employés aux plantations de cannes à sucres, il était constamment en contact avec eux : certains étaient atteints de la lèpre.

Dans l'Obs. VI il n'y a aucun antécédent héréditaire de lèpre; le père et la mère du malade sont morts; c'est sa tante maternelle qui nous a donné les renseignements les plus précis sur toute la famille dans laquelle il n'y a jamais eu un seul cas de lèpre. Une sœur du malade est saine, quant à lui, il a été en pension pendant plusieurs années à la Guadeloupe en même temps qu'un jeune nègre qui était lépreux et qui est mort de cette maladie. Chez lui la lèpre a débuté à l'âge de onze ans par des taches multiples, il en reste quelques-unes encore actuellement; les phénomènes paralytiques ont débuté par la main droite à quinze ans, puis à gauche à dix-sept ans, les pieds ont été atteints vers cette même époque et quand il est venu en France, à dix-neuf ans, il avait les atrophies musculaires, les déformations qu'il présente aujourd'hui.

Enfin les malades des Obs. VIII et IX n'accusent aucune hérédité lépreuse.

En résumé dans les neuf cas que nous venons de passer en revue, tous originaires de pays à lèpre, deux seulement ont des lépreux dans leurs ascendants, les sept autres ont été contaminés en vivant avec des lépreux. Le danger du contact entre les lépreux et l'homme sain est certain ; on a vu clairement, comme le dit M. E. Besnier, sous l'action du transport des hommes se produire vers le milieu et dans la suite de ce siècle une série de foyers lépreux nouveaux ou renouvelés. La lèpre est une affection spécifique, représentant un type achevé des maladies bacillaires à évolution lente, exclusivement humaine, elle est transportée par les lépreux. Elle est transmissible et provient d'une source unique : le lépreux. Mais, pour comprendre quel est le mode de contagion de la lèpre, il ne faut pas songer à la contagion des maladies acquises telles que la variole ou la syphilis ; il faut se reporter à la contagiosité occulte des maladies à longue portée, à incubation inconnue et à évolution irrégulière, telle que la tuberculose. Pas plus que cette dernière, la lèpre n'est constamment et en toutes circonstances contagieuse et féconde. Pour la lèpre, les germes, pour fructifier, doivent trouver certaines conditions, les déficiences individuelles et sociales, la promiscuité sordide et misérable, le contact humain trop étroit. C'est pourquoi dans les pays à civilisation avancée ou complète et dans lesquels il y a une hygiène et une police médicales, le lépreux ne forme

pas foyer, mais il peut toujours devenir l'occasion de contagions qui, heureusement, sont le plus souvent limitées

Les questions d'hérédité, de contagion, de mode de propagation et de transmission de la lèpre ont été l'objet de discussions passionnées et de travaux remarquables de la part des léprologues contemporains. Nous croyons qu'il est intéressant de résumer brièvement ici ces diverses opinions :

Hérédité (1). — Zambaco a affirmé l'hérédité au Congrès de Vienne en 1894 en s'appuyant sur la clinique. Il a observé que la maladie peut sauter parfois plusieurs générations pour reparaitre parmi les descendants. On ne doit, dit-il, pas plus la nier que les hérédités neuropathiques, arthritiques, lithiasiques, etc. *L'hérédité ancestrale, l'atavisme* de la lèpre est démontrée par les minutieuses enquêtes et par l'observation de la persistance de la lèpre dans les vieilles nations autrefois très éprouvées par ce fléau. La *survivance* de la lèpre en Bretagne est un reliquat de la lèpre du Moyen-Age. A Constantinople, les Juifs qui descendent des Hébreux de Moïse ont la lèpre, tandis que les *néo-juifs* d'origine allemande, hongroise, roumaine et russe qui descendent des tartares judaïsés vers le VIII^e siècle après le Christ, ne comptent pas de lépreux parmi eux.

Pour les médecins anglais des Indes, au contraire, l'hérédité n'est que la condition mineure.

(1) Au Moyen-Age l'hérédité était admise sans contestation aucune; aussi avait-on interdit aux lépreux de se marier afin de supprimer la maladie.

Virchow croit que l'hérédité de la lèpre est comparable à celle de la tuberculose, à celle du cancer et ne serait qu'une prédisposition à l'avoir plus tard.

Besnier examine l'hérédité à un point de vue plus logique. Il fait mieux la part de l'hérédité et de la contagion en disant que la bactérie lépreuse subsiste ou se reproduit dans l'organisme de l'homme et non ailleurs, mais qu'on doit distinguer la lèpre acquise par le fœtus avant la naissance, la lèpre congénitale, l'hérédo-lèpre, et la lèpre acquise après la naissance, lèpre tardive. Lorsque la lèpre atteint les fils des lépreux après la naissance, rien ne peut établir si c'est par hérédité ou par contagion.

La lèpre congénitale a été observée par Boeck et Danielssen qui ont trouvé chez des enfants très jeunes des lésions caractéristiques, par Zambaco qui a signalé en plus des avortements, des athrepsies et des atrophies fœtales. Il y aurait donc des hérédo-lépreux, des états morbides para-lépreux analogues aux états hérédo-syphilitiques, aux lésions para-syphilitiques de Fournier. Mais la rareté de ces cas indique la rareté de la contamination lépreuse du fœtus.

Donc l'hérédité de la lèpre n'est pas comparable à l'hérédité de la syphilis. Pour Besnier, elle n'est jamais fœtale, et les enfants des lépreux soustraits à la contamination familiale, transportés hors du pays lépreux dès leur naissance, ne deviennent pas plus lépreux que ne deviennent tuberculeux les enfants de tuberculeux qui sont séparés le plus tôt

possible de leur générateur et dûment mis à l'abri des causes de contamination tuberculeuse.

Contagion. — La contagion est niée par ceux qui n'admettent que l'hérédité. « Mes innombrables observations méticuleuses, dit Zambaco, ne m'ont pas fait constater jusqu'à présent, et depuis vingt-cinq ans, un seul cas de transmission de la lèpre par contagiosité. . . J'ai dit et je repète que les sommités médicales de Paris, de Londres, de Vienne et de Berlin *ne connaissent pas la lèpre* dont ils n'ont pu voir qu'un petit nombre de spécimens. Le plus illustre des léprologues, le Norvégien Danielssen, qui consacra plus de cinquante ans de sa vie à méditer et à approfondir les secrets de la lèpre, admettait l'hérédité et repoussait la *contagiosité*. »

Les contagionistes, malgré cette virulente sortie de l'éminent clinicien, ont cherché à établir la transmissibilité de la lèpre à l'homme sain par l'observation universelle et Brocq énumère les quatre grandes classes de preuves de la contagion que voici :

1^o *Preuves tirées des faits bien avérés de la transmission de la lèpre à l'homme par un lépreux.* — Exemples : Cas de Benson qui signale un Anglais qui arrive lépreux des Indes où il a habité vingt-deux ans, il vint en Irlande où il contamine son frère qui n'avait jamais quitté le pays, ces deux malades ont été présentés à la Société médicale de Dublin, 1872 et 1877.

Il existe aujourd'hui des observations nombreuses des médecins de la marine, de missionnaires, de

sœurs de charité, de colons qui ont contracté la lèpre au contact de lépreux.

2^o *Preuves tirées de la marche des épidémies de lèpre et de la possibilité de les enrayer par des moyens prophylactiques sérieusement exécutés.* — Exemples : petites épidémies isolées du cap Breton, de la Louisiane. Grande épidémie des Iles Sandwich où un coolie chinois qui était lépreux débarque en 1853. En 1880, on compte dans ces îles, autrefois indemnes de la lèpre, deux mille lépreux sur une population de 44,000 âmes.

3^o *Preuves tirées de l'histoire générale de la lèpre.* — Comme toutes les maladies contagieuses, la lèpre a suivi les voies commerciales et lorsqu'elle a été importée pour la première fois au milieu d'une population vierge de cette affection, elle s'y est développée avec une grande intensité. Elle a diminué quand on l'a combattue et isolée. Exemples : la Norvège qui comptait près de trois mille lépreux en 1856, n'en compte plus qu'un millier actuellement.

4^o *Preuves tirées de la nature parasitaire de la lèpre.* — Si quelqu'un montrait qu'elle peut exister sans le bacille de Hansen, ou ce bacille sans elle, il effacerait d'un trait l'histoire des maladies bactériennes, dit Besnier. Ce bacille pullule dans les larmes, le mucus nasal, la salive, les matières de l'intestin des lépreux. On le trouve aussi dans la lymphe, les exsudats formés par les *léprides*, dans la peau et les muqueuses, dans les grands viscères.

Il a rarement été trouvé dans le sang circulant car il doit en disparaître rapidement à la manière de tous les éléments du même ordre (1).

Modes de transmission. — Comment se fait la contamination lépreuse ? D'après le remarquable travail de Jeanselme et Laurens (1897), tout individu sain peut être contaminé immédiatement, par les excréments pathologiques de lépreux. Les voies majeures de réception sont les surfaces muqueuses de rapport, et au premier rang les muqueuses nasales, les orifices folliculaires du tégument externe et tous les points où existe une solution de continuité. Les conditions d'évolution ultérieure sont inhérentes à l'ensemble des conditions de l'organisme de l'individu.

La vaccination a été incriminée comme mode de propagation de la lèpre (2) (îles Sandwich).

L'inoculation directe d'un homme malade à un homme sain a été pratiquée une seule fois, dans des

(1) Boinet qui a vu le bacille dans le sang a obtenu aussi des cultures de bacille dans l'agar-agar, au Tonkin, à la température ambiante de ce pays, à l'époque où elle ne descend pas au-dessous de 30° C'est d'ailleurs l'époque, dit-il, où les poussées lépreuses y sont le plus fréquentes. Enfin avec M. Boreil, de Montpellier, il a signalé dans les lépromes l'existence de véritables cellules géantes lépreuses, en tous points comparables aux cellules géantes de la tuberculose. Ces cellules sont admises par Neisser, Cornil, etc.; elles paraissent être le résultat d'un processus inflammatoire et, dans ce cas particulier, ces cellules géantes ne semblent pas exercer une action destructive sur le bacille de la lèpre.

(2) *British medical Journal* du 11 juin 1897.

conditions rigoureuses d'intégrité scientifique, par Arning, en 1884, aux îles Hawaï : un assassin condamné à mort obtint la commutation de sa peine en échange de l'inoculation ; quatorze mois après celle-ci, aucune trace de lèpre n'ayant apparue, cet homme fut remis en liberté. Mais Arning apprit, en 1888, qu'à cette époque son sujet était dans un état avancé de lèpre tuberculeuse. Ce fait qui pourrait démontrer tout au plus la lente incubation de la lèpre ne serait pas démonstratif, car l'inoculé comptait, paraît-il, des lépreux dans sa famille.

La lèpre paraît se transmettre de l'homme lépreux à l'homme sain à la façon occulte des maladies à longue portée, à période latente illimitée dans sa durée et à évolution variable, telle que la tuberculose. Comme celle-ci son action est proportionnelle aux conditions de réceptivité de l'individu, aux déficiences individuelles et sociales (1). D'autres fois elle reste énigmatique.

Zambaco, pour infirmer la contagiosité et démontrer l'hérédité, cite des femmes saines qui ont conçu par le fait d'un lépreux et qui, donnant le jour à des enfants qui deviennent lépreux, *restent constamment indemnes*. Ceci, dit Besnier, est un fait d'immuni-

(1) Ce qui perpétue la lèpre en Norwège c'est, comme Hansen et Leloir l'ont bien montré, le fatalisme des paysans, leur extraordinaire promiscuité qui fait bien comprendre comment une maladie, même peu contagieuse, peut prendre facilement une extension considérable. Il a fallu un ensemble de mesures énergiques pour détruire chez eux la gale qui y prenait des proportions inimaginables (gale norvégienne).

sation conceptionnelle comparable à celle qui se réalise dans la syphilis conceptionnelle (Loi de Colles).

Zambaco a remarqué en outre que la fécondité des lépreux dépend, comme d'ailleurs dans la tuberculose, de la période de la maladie, leur lubricité est proverbiale au début de l'affection et leur procréation est constante, mais avec les progrès de la maladie viennent les avortements ou bien les enfants non viables, mal formés, chétifs et cachectiques.

En somme, la transmissibilité s'exerce dans une mesure extrêmement variable et selon des conditions en partie dévoilées, en grande partie ignorées.

**DISCUSSION. — PROVENANCE DES MALADES.
LEURS CONDITIONS ACTUELLES.
TRAITEMENT.**

Sur les quatorze cas de lèpre qui viennent attester l'existence de cette maladie à Marseille, actuellement, on remarquera qu'aucun d'eux ne concerne l'indigène marseillais; ils se rapportent tous à des sujets ayant vécu pendant des années dans des contrées infestées de lèpre. En effet, trois sont originaires de Rio-de-Janeiro, quatre de San-Remo ou de ses environs, un de l'Indo-Chine, un du Mexique, un de Bourbon, deux de la Martinique, un de la Guadeloupe et enfin un de Sorrente, qui a beaucoup voyagé ou séjourné dans des pays contaminés.

Sur ce qui a trait à la provenance de nos malades, dit M. Perrin, les quatre de San-Remo nous intéressent plus particulièrement, à cause du voisinage de leur pays d'origine. Zambaco, dans son rapport à l'Académie de Médecine, a longuement étudié la survivance de la lèpre sur tout le littoral ligurien. Celui-ci a été infesté depuis les temps les plus anti-

ques ; de notre temps, la lèpre a été constatée officiellement par le gouvernement sarde, qui imposa la création de la léproserie de San-Remo. Décrétée par Charles-Albert, elle fut inaugurée en 1856 ; elle ne devait recueillir que des lépreux piémontais. On en hospitalisa près de cent, provenant surtout de Nice, de Menton, d'Eze, de la Turbie, de Roquebrune et des environs. En 1895, M. Zambaco, visitant la léproserie de San-Remo, n'y trouva plus que sept lépreux ; mais il fait immédiatement remarquer que cette diminution est due surtout à ce que les lépreux des pays annexés, ont passé à la France et ne sont plus à la charge de l'Italie : la lèpre a changé de nationalité, d'italienne elle est devenue française. Or, comme en France, depuis 1695, il n'y a plus de léproserie où, de par la loi, on enferme ces malheureux, ceux-ci sont dispersés et cachés dans leurs foyers. M. le professeur Chantemesse et M. le docteur Moriez les ont recherchés, il y a quelques années, en 1888, et en ont découvert une quinzaine à Nice et dans les environs, à Contes, Tourelle, Levens, etc. De ce côté, Zambaco en a observé aussi un certain nombre à Nice, à Grasse, à Eze, à la Turbie où ils sont signalés tout bas par la population (1) ; mal côtés dans leur pays, ils s'expatrient

(1) Zambaco a eu toutes les peines du monde à dénicher quelques-uns de ces malheureux. Les familles, dit-il, ont tout intérêt à les soustraire aux regards et à dissimuler une maladie qui les entache d'un qualificatif cruel. Leur pays, ne voulant pas être taxé non plus de foyer lépreux, nie à l'envi leur avoir donné naissance et refuse de les héberger. Il y a plus : les mé-

volontiers et vont dissimuler leur tare familiale là où leur souche est inconnue.

Pour ce qui concerne nos malades, bien que les conditions hygiéniques du milieu dans lequel vivent quelques-uns de ces malheureux laissent fort à désirer, nous n'avons constaté ni aggravation de leur état, ni un cas de contagion dans leur entourage immédiat. Pourtant, il est de notoriété que, parmi les grandes villes d'Europe, Marseille est une des moins propres. L'hygiène publique et privée y a été, jusqu'à ce jour, des plus précaires. Elle a toujours été un excellent terrain de propagation et un vaste champ d'expérimentation pour les maladies éminemment contagieuses que les émigrants de pays plus ou moins contaminés, ont importées sur ses quais.

Sur une population de 400,000 âmes, Marseille compte plus de 100,000 étrangers, Levantins et surtout Italiens, qui sont loin de constituer une caste remarquable par sa propreté corporelle; ce n'est, certes, pas cette colonie cosmopolite qui élèvera son niveau hygiénique. Si, sur cette population, la lèpre

decins du littoral ligurien eux-mêmes, à quelques exceptions près, ont tout fait pour dissuader Zambaco et pour entraver ses recherches. Dans ces endroits qui regorgent de malades voyageurs on croit, ajoute-t-il, que ce serait en faire dévier le courant que de promulguer qu'à telle ou telle station hivernale on s'exposerait à rencontrer quelques lépreux. Logique étrange : on ne s'effraie pas du voisinage d'un syphilitique, même à table, lorsqu'un ustensile pourrait contaminer, tandis que la seule pensée qu'un lépreux habite le lieu où l'on se trouve donnerait le frisson aux mondains et aux élégants.

n'a fait encore aucun ravage, il faut bien admettre que sa contagiosité est lente dans les pays où elle ne règne pas à l'état endémique. Il est vrai qu'on pourrait nous objecter que quelques-uns des émigrés lépreux trouvent peut-être ici une amélioration dans leur existence, par rapport à celle qu'ils ont eue dans leur pays d'origine. C'est possible, et s'ils se sont élevés du pire au médiocre, ils y ont sûrement gagné. Il est possible que, parmi le grand nombre d'Italiens fixés à Marseille et originaires du littoral ligurien, il y ait des lépreux dispersés ou cachés parmi nous, qui sont peut-être en voie d'amélioration. On peut très bien l'admettre si on considère que les malades des Obs. II, III et IV présentent un état stationnaire plutôt en voie de décroissance. Mais les malades des Obs. V, VI, VII qui sont originaires de la Martinique ou de la Guadeloupe, sont autrement graves et ils ne paraissent pas avoir trouvé dans leur nouvelle résidence des conditions hygiéniques supérieures à celles dans lesquelles ils étaient autrefois placés. Ce n'est que par l'hygiène, par la modification du milieu et l'amélioration de la vie que l'on parvient à enrayer l'évolution de cette triste maladie et à en combattre l'extension.

Fortifier l'organisme et le placer dans les meilleures conditions de calme, de moral et d'espérance, c'est lui permettre de lutter victorieusement contre l'infection qui le mine.

Le docteur Einsler, médecin de la léproserie allemande de Jérusalem, a vu la maladie s'arrêter dans

sa marche et même reculer chez des malades de son hôpital à la suite du repos, de la propreté, de la bonne diététique sans aucune intervention thérapeutique. De même, la lèpre a diminué d'intensité dans l'île de Chypre depuis que le drapeau anglais y a été hissé, c'est-à-dire depuis 1878, car depuis lors on ne voit plus la saleté, la promiscuité qui régnaient dans la léproserie de ce pays.

Les malades que nous avons ici, à Marseille, n'étant ni hospitalisés, ni isolés, ne sont soumis qu'au traitement commun à leur entourage. Ils sont, en outre, traités par l'ichthyol, l'huile de Chaulmoogra, les préparations ferrugineuses et arsénicales. Comme traitement local, les ulcérations sont pansées avec l'emplâtre de Vigo ou avec des solutions antiseptiques suivant la tolérance des téguments.

Au point de vue de la contagiosité les malades et leurs familles doivent suivre les règles aujourd'hui bien établies pour combattre la propagation de la tuberculose.

CONCLUSIONS

1^o La lèpre est observée assez fréquemment à Marseille. Ce n'est pas une lèpre *nostras* ni une léproïde, mais la lèpre universelle, cosmopolite, qui se présente ici comme ailleurs avec les mêmes caractères, les mêmes processus. Les lépreux de Marseille remplissent tous les degrés de l'échelle, depuis le type léonin classique jusqu'à la forme la plus fruste.

2^o La recherche du bacille a donné un résultat positif dans tous les cas où elle a été faite.

3^o Aucun indigène marseillais n'a été, jusqu'à ce jour, d'après notre observation, contaminé par les lépreux qui vivent parmi eux et qui sont tous originaires de pays à lèpre. Il n'y a donc pas de *foyer lépreux* à Marseille. Mais le pronostic doit être réservé pour l'avenir, car une bonne partie de la population offre un terrain propice à toute maladie contagieuse; on y rencontre, en effet, un mélange varié des stigmates des diverses déchéances organiques: alcoolisme, syphilis, tuberculose.

4^o Parmi ces lépreux, ceux qui ont trouvé à Marseille des conditions hygiéniques et de bien-être supérieures à celles de leur pays d'origine sont plutôt en voie d'amélioration, les autres sont dans un état stationnaire.

5^o Le traitement spécifique de la lèpre étant encore à trouver, il y a lieu surtout d'insister sur les mesures prophylactiques. Celles-ci ont été formulées de la manière suivante à la conférence de la lèpre à Berlin, en 1897, dans la proposition de Hansen, modifiée par Besnier.

I. — Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension, l'isolement est le meilleur moyen d'arrêter la propagation de la maladie.

II. — La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandés à toutes les nations dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins.

III. -- Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des Conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays.

6^o Ces mesures prophylactiques pourraient, plus que dans toute ville, être appliquées à Marseille journellement exposée à la lèpre d'importation, qu'elle provienne de notre empire colonial : Guyane, Indo-Chine, Madagascar, Gabon, Nouvelle-Calédo-

nie, ou des provinces contaminées d'Espagne, d'Italie, de Grèce, etc.

7^o Actuellement, nos malades étant des lépreux ambulants, c'est-à-dire étant ni hospitalisés, ni isolés, ne sont soumis qu'au traitement hygiénique approprié à leur condition sociale. Pour éviter autant que possible toute cause de contagion, il y a lieu de recommander, à ces malades et à leur famille, de s'astreindre aux mêmes précautions et à la surveillance auxquelles on soumet aujourd'hui les syphilitiques et les tuberculeux.

Vu :

Le président de la Thèse,

PONCET.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

G. COMPAYRÉ.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	5
Considérations générales. Historique.....	7
Formes de la lèpre.....	13
Les pays à lèpre.....	15
La lèpre à Marseille.....	17
Remarques cliniques.....	46
Diagnostic.....	51
Hérédité, contagion.....	57
Discussion, provenance des malades, traitement.....	68
CONCLUSIONS.....	73
